



Analyse des pratiques de médecins généralistes et internes en médecine générale face au résultat de consultation “ état fébrile non caractéristique ” et propositions de stratégies de prise en charge

Lamia Kaci Mahammed

► To cite this version:

Lamia Kaci Mahammed. Analyse des pratiques de médecins généralistes et internes en médecine générale face au résultat de consultation “ état fébrile non caractéristique ” et propositions de stratégies de prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01114630

HAL Id: dumas-01114630

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01114630>

Submitted on 9 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N°47

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Analyse des pratiques de médecins généralistes et internes en
médecine générale face au résultat de consultation « état fébrile non
caractéristique » et propositions de stratégies de prise en charge

Présentée et soutenue publiquement
le 5 mai 2014

Par

KACI MAHAMMED, Lamia
Née le 31 mai 1985 à Tizi-Ouzou (Algérie)

Dirigée par M. Le Docteur Sourzac, Robert

Jury :

Mme Le Professeur Goujard, Cécile	Président
M. Le Professeur Labrune, Philippe	Membre
M. Le Professeur Brucker, Gilles	Membre
M. Le Professeur Budowski, Max	Membre
M. Le Docteur Duhot, Didier	Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENTE DE JURY :

Madame le Professeur Cécile GOUJARD

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde admiration.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur Philippe LABRUNE

Vous avez accepté de juger notre travail et nous en sommes très honorés.
Nous vous exprimons ici notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Gilles BRUCKER

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Max BUDOWSKI

Nous vous remercions d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse.
Recevez ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Didier DUHOT

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.
Nous vous remercions de l'intérêt que vous y avez porté.

A MON DIRECTEUR DE THESE:

Monsieur le Docteur Robert SOURZAC

Votre aide précieuse et votre gentillesse ont permis de mener à bien ce travail.
Vous m'avez guidé tout au long de mon DES
Soyez assuré de ma profonde estime.

A toute ma famille et belle-famille

Merci pour votre soutien qui m'a été d'une grande aide pour la réalisation de ce travail.
Merci pour votre gentillesse, votre amour et votre patience.

Merci de m'avoir aidé à traverser les moments difficiles.

Notamment un grand merci à mes parents, mon petit frère, mes tantes et oncles.

Muriel, Fabienne, James et les grands-parents : merci pour votre écoute et votre aide.

A mon homme Steve

Tu es et resteras ma force....

A mes amis

Merci pour votre soutien. Votre amitié m'est précieuse. Notamment un grand merci à Klara, Marilyn et Emilie...

Elisabeth : Je suis ravie de t'avoir rencontré. Merci pour toute ton aide et ton soutien

A mes anciens co-internes et aux internes ayant participé à l'étude

Merci pour les bons moments passés ensemble au cours des stages et votre aide pour la réalisation de ce travail.

A ceux qui ont participé à cette thèse et ceux avec qui j'ai travaillé

Les Dr Blanc, Dr Behar, Dr Michel, Dr Joswiak, Dr Gryson, Dr Peretti, Dr Richard, Dr Vignon, Dr Vauchel et Dr Noel

Travailler avec vous était un honneur.

Mes sincères remerciements pour tout ce que vous m'avez appris.

Vous m'avez transmis l'amour de notre spécialité.

J'en ferai bon usage.

TABLES DES MATIERES

I. <u>INTRODUCTION</u>	11
II. <u>ETAT DE LA QUESTION</u>	13
1. <u>DEFINITIONS</u>	13
a) Etat fébrile.....	13
b) Concept de « diagnostic » et particularités en Médecine Générale.....	15
c) Société Française de Médecine Générale.....	16
d) Le résultat de consultation et le dictionnaire des résultats de consultation.....	17
e) Résultat de consultation « <i>état fébrile non caractéristique</i> ».....	18
2. <u>PROBLEMATIQUE</u>	21
a) L'incertitude en Médecine Générale.....	21
b) La casographie selon RN Braun et le carré de White.....	22
3. <u>LES OBJECTIFS DE L'ETUDE</u>	24
III. <u>MATERIEL ET METHODES</u>	26
1. <u>TYPE D'ETUDE</u>	26
2. <u>PERIODE ET LIEU</u>	26
3. <u>DESCRIPTION DE LA POPULATION</u>	26
4. <u>DESCRIPTION DE LA METHODE</u>	27
IV. <u>RESULTATS</u>	31
1. <u>CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS</u>	31
a) Caractéristiques générales pour l'ensemble des consultations.....	31
b) Caractéristiques des consultations par médecins et internes.....	32
2. <u>LES SIGNES NON CARACTERISTIQUES</u>	32
a) Les signes non caractéristiques pour l'ensemble des consultations.....	32
b) Les signes non caractéristiques par médecins et internes	33
3. <u>PRISE EN CHARGE</u>	37

a) Prise en charge pour l'ensemble des consultations.....	37
• Prescription médicamenteuse.....	37
• Examens complémentaires et avis spécialisés.....	38
• L'annonce du résultat de consultation.....	39
• Le sentiment de satisfaction.....	42
b) Prise en charge par médecins et internes	42
• Prescription médicamenteuse.....	42
• Examens complémentaires et avis spécialisés.....	42
• L'annonce du résultat de consultation.....	43
• Le sentiment de satisfaction.....	43
c) Cas particuliers	43
• Consultations des enfants.....	43
• Consultations du soir.....	44
• Consultations du matin.....	44
• Consultations des états fébriles élevés.....	44
• Consultations avec une prescription d'antibiotiques.....	45
d) Comparaison entre médecins et internes.....	48
• Traitement médicamenteux.....	48
• Annonce du résultat de consultation et sentiment de sentiment de satisfaction.....	48
4. <u>LES RESULTATS DE CONSULTATION (RC)</u>.....	50
a) RC pour l'ensemble des consultations.....	50
b) RC ayant conduit à l'annonce d'un tableau de maladie.....	51
c) RC chez les internes	53
d) RC chez les médecins.....	53
IV. <u>DISCUSSION</u>.....	55
1. <u>LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE</u>.....	55
a) Les biais de l'étude.....	55
b) Les limites de l'étude.....	56
2. <u>SYNTHESE ET COMMENTAIRES</u>.....	57
a) Rappels des principaux résultats et comparaison aux autres études.....	57

• Les caractéristiques des consultations.....	57
• Les signes non caractéristiques.....	59
• La prescription médicamenteuse.....	59
• La prescription d'avis spécialisés et d'examens complémentaires.....	65
• L'annonce du résultat de consultation.....	67
• Le sentiment de satisfaction.....	68
• Les résultats de consultation.....	70
• Comparaison entre médecins et internes.....	73
b) Intérêt du travail et conceptualisation.....	75
3. <u>PROPOSITIONS DE STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DES ETATS FEBRILES NON CARACTERISTIQUES EN MEDECINE GENERALE</u>.....	79
4. <u>FORCES ET PERSPECTIVES DE PROLONGEMENT DE TRAVAIL</u>.....	84
V. <u>CONCLUSION</u>.....	86
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....	88
<u>ANNEXES</u>	93
1. ANNEXE 1.....	93
2. ANNEXE 2.....	94
3. ANNEXE 3.....	95
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>.....	97
<u>RESUME ET MOTS CLEFS</u>.....	98

TABLES DES MATIERES DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques des consultations.....	31
Tableau 2 : les signes non caractéristiques	33
Tableau 3 : les signes non caractéristiques par médecins et internes.....	34
Tableau 4 : prescription de traitement et type de traitement.....	37
Tableau 5 : prescription d'examens complémentaires et d'avis spécialisés.....	38
Tableau 6: résultat de consultation énoncé.....	39
Tableau 7 : patients satisfaits de la consultation en fonction de l'annonce du résultat de consultation.....	40
Tableau 8 : avis spécialisés en fonction de l'annonce du résultat de consultation.....	40
Tableau 9: prescription en fonction de l'annonce du résultat de consultation.....	41
Tableau 10: résultat de consultation énoncé à la demande du patient.....	41
Tableau 11 : satisfaction chez les patients et chez les médecins et internes.....	42
Tableau 12 : prescription d'avis spécialisés parmi les consultations des plus jeunes	44
Tableau 13 : prescription d'examens complémentaires parmi les consultations où la fièvre est élevée	45
Tableau 14 : Signes non caractéristiques dans les consultations avec antibiotiques	46
Tableau 15 : prescription d'examens complémentaires dans les consultations avec antibiotiques	46
Tableau 16 : annonce du résultat de consultation dans les consultations avec antibiotiques.....	47
Tableau 17 : prescription médicamenteuse en comparant médecins et internes.....	48
Tableau 18 : résultat de consultation énoncé en comparant médecins et internes.....	49
Tableau 19: satisfaction des patients et satisfaction médecins et internes en comparant les médecins et les internes	49
Tableau 20 : les 27 types de résultats de consultation	50
Tableau 21: résultats de consultation énoncés pouvant correspondre à un tableau de maladie.....	51

Tableau 22: <i>la prescription médicamenteuse dans les cas où le résultat de consultation énoncé peut correspondre à un tableau de maladie.....</i>	52
Tableau 23 : <i>la prescription d'examens complémentaires et avis spécialisés dans le cas où le résultat de consultation peut correspondre à un tableau de maladie.....</i>	52
Tableau 24 : <i>les résultats de consultation chez les internes.....</i>	53
Tableau 25 : <i>les résultats de consultation chez les médecins.....</i>	54

ABREVIATIONS

- **AFSSAPS** = Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- **ANSM** = Agence nationale de sécurité des Médicaments et produits de santé (remplace l'AFSSAPS)
- **ADELFI** = Association des Epidémiologistes de Langue Française
- **AFCROS** = Association Française des CROs, sociétés de services en recherche clinique et épidémiologique
- **CIM** = Classification Internationale des Maladies
- **CMIT** = Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales
- **CISP** = Classification Internationale des Soins Primaires
- **DES** = Diplôme d'Etudes Spécialisées
- **DREES** = Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **DRC** = dictionnaire des résultats de consultation
- **ECBU** = examen cyto-bactériologique des urines
- **GEA** = gastroentérite aigue
- **IRDES** = Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- **NFS** = numération formule sanguine
- **ORL** = oto-rhino-laryngologie
- **OMG** = Observatoire de Médecine Générale
- **RC** = résultat de consultation
- **SFMG** = Société Française de Médecine Générale
- **SASPAS** = Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
- **TNF** = Tumor Necrosis Factor
- **TDR** = test de diagnostic rapide
- **WONCA** = the World Organization of National colleges, Academies, and Academic associations of general practitioners.

I. INTRODUCTION

Les états fébriles représentent des résultats de consultation très fréquents en Médecine Générale. C'est le deuxième résultat de consultation par patients en 2009 selon l'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale, concernant chaque année 18,69% de l'ensemble des patients (cf. annexe 1).

Cette situation fréquente fait appel à notre sens de l'analyse clinique et différentes hypothèses viennent à notre esprit notamment grâce aux connaissances acquises au cours du deuxième cycle des études médicales.

Mais que savons-nous de ces états fébriles vus en Médecine Générale, comment les définir ?

Il existe peu d'études sur le sujet et cette situation ne fait pas directement partie des items enseignés lors du cursus universitaire. En effet, parmi les items de l'Examen Classant National, on retrouve le numéro 203 qui s'intitule « conduite à tenir devant une fièvre et abord diagnostique » qui définit la fièvre, sa physiopathologie et insiste surtout sur les pathologies bien caractéristiques et potentiellement graves (choc septique, purpura fulminans etc.)[1].

La Médecine Générale n'est devenue une discipline universitaire que depuis 2006, année de son inscription au Conseil National des Universités ; depuis la mise en place du diplôme d'études spécialisées par l'arrêté du 22 septembre 2004, elle fait partie intégrante des spécialités de médecine [2].

Le médecin généraliste dispense des soins de premier recours et de proximité ou « soins primaires » et prend en charge des troubles de la santé vus à un stade précoce et le plus souvent peu différenciés.

Le terme « soins primaires » vient d'une adaptation française du mot anglais « primary care » à la fin des années 60. Les études ont montré qu'il existait une amélioration de la santé des populations où un système de soins primaires avait été mis en place. C'est dire toute l'importance de cette discipline qui intervient tôt dans l'évolution des états de santé avec une autre particularité qui est la prise de décision faite le plus souvent dans un contexte d'incertitude diagnostique [3].

Très vite, au cours de mon premier stage ambulatoire en soins primaires, j'ai remarqué que beaucoup de patients présentaient des états fébriles avec peu de signes spécifiques auxquels je ne pouvais rattacher un diagnostic précis et j'étais en difficulté pour gérer cette situation. Cette notion « *d'état fébrile non caractéristique* » n'est pas encore d'usage général bien que scientifiquement fondé. Ce sujet n'est pas non plus abordé durant nos études de troisième cycle.

Nous verrons que la plupart des troubles sont d'évolution spontanément favorable et que seul un très faible pourcentage des symptômes évolue vers une maladie. [4]

En effet, la Société Française de Médecine Générale a établi que seulement huit pour cent des symptômes sont révisés par la suite. [5]

Une meilleure connaissance des *états fébriles non caractéristiques* permettrait donc aux jeunes médecins et internes d'être plus à l'aise lors de la consultation, d'avoir des outils pour bien évaluer la situation et garder l'esprit ouvert dans l'hypothèse d'une évolution défavorable.

A l'heure où les problèmes de santé sont beaucoup médiatisés avec comme conséquence une patientèle plus exigeante notamment en terme de « diagnostic » et de prise en charge, cette étude s'inscrit donc dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

II. ETAT DE LA QUESTION

1. DEFINITIONS

a) Etat fébrile :

La fièvre se définit par une élévation de la température centrale supérieure à 38° C le matin et 38,3°C le soir. De multiples facteurs, en dehors de situations pathologiques sont susceptibles de modifier la température : le moment de la journée (+0.5°C entre 6h et 18h), la saison (plus élevée en hiver), l'âge, le sexe (plus élevée chez la femme avec des variations en fonction du cycle menstruel et pendant le début de grossesse), la position de la mesure (inférieure en position assise ou allongée), l'alimentation, le stress, l'émotion, la colère, l'exercice physique et l'ingestion d'alcool [6].

L'Homme est homéotherme c'est-à-dire que sa température centrale reste stable quelle que soit la température extérieure. Elle est réglée dans une marge étroite de 37°C + ou – 1 °C avec un rythme circadien. L'équilibre entre production de chaleur ou thermogénèse et perte de chaleur ou thermolyse est régulé par le centre thermorégulateur situé dans la région préoptique de l'hypothalamus antérieur, véritable thermostat.

La fièvre est donc un dérèglement de ce centre hypothalamique qui s'équilibre à un niveau plus élevé que normalement. Cela conduit l'hypothalamus à émettre des influx nerveux visant à augmenter sa production de chaleur pour élever la température centrale vers ce nouveau point d'équilibre. Il faut la distinguer de l'hyperthermie qui est l'impossibilité de l'organisme de réguler son bilan calorique, le plus souvent à cause d'une thermolyse insuffisante.

La fièvre est un des moyens de réponse de l'organisme aux infections. En effet, ce dérèglement est induit par des substances pyrogènes circulantes. Il associe une production importante de prostaglandines au niveau de la région péri ventriculaire de l'hypothalamus qui entraîne une modification des mécanismes de déperdition de chaleur (transpiration, vasodilatation) et de production de chaleur (frissons). Les pyrogènes exogènes sont principalement dus aux produits bactériens (endo et exotoxines). Ces pyrogènes exogènes

interagissent avec le système immunitaire pour libérer des pyrogènes endogènes tels l'interleukine 1, le TNF, les interférons principalement [7].

Certaines études ont montré que la fièvre pouvait avoir un effet bénéfique sur les infections invasives sévères comme la méningococcémie. Elle entraîne que très rarement des complications et il n'existe pas de traitement préventif des convulsions. Il n'y a pas donc pas lieu de la craindre. Cependant, elle entraîne un inconfort important (asthénie, céphalée, perte d'appétit etc.) qui peut justifier un traitement [8].

Ceci est rappelé dans un article de la Revue du Praticien écrit par le Dr CORRARD qui précise que « la fièvre pourrait avoir un rôle limité, au maximum favorisant, mais elle n'en est pas la cause » en parlant des convulsions et va même plus loin en attribuant aux cytokines le rôle déclencheur du processus à l'origine de la fièvre et des manifestations qui l'accompagne. Il rajoute « les voies d'activation de la fièvre, des événements intercurrents, convulsion et comportement du malade, ont la même origine mais deviennent distinctes et parallèles » [9].

Depuis l'invention du thermomètre par Galilée au XVI^e siècle, la conception des premiers modèles par les physiciens et astronomes G.D. Fahrenheit et A. Celsius aux XVII^e et XVIII^e siècles ainsi que son entrée dans le domaine médical par C.Wunderlich au XIX^e siècle, la question de la mesure de la température notamment en terme de fiabilité ne cesse d'être débattue [10].

En effet, le thermomètre à mercure étant supprimé depuis 1996 (source de nombreux effets secondaires notamment infectieux), le thermomètre électrique a pris une place importante. Il s'utilise dans de nombreux sites : axillaire, buccale, rectale et auriculaire. Les études ont montré que la mesure axillaire est celle qui reflète le moins la température centrale ; la mesure buccale est soumise à de nombreuses variations telles l'alimentation et la respiration et est donc peu fiable ; la mesure auriculaire est facile d'utilisation mais est moins sensible dans la détection des états fébriles ; enfin le site rectal reste tout de même la mesure de référence, bien que peu utilisable au cabinet, qui reflète le mieux la température interne. Il existe quelques limites à la mesure rectale telles que les perforations rectales ou encore le retard au changement de température par rapport aux variations de la température centrale. Des thermomètres à infra rouge ont été développés plus récemment.

Une récente thèse écrite par Emilie RIEHLING BAUER a étudié la fréquence et la fiabilité des mesures de température en période d'épidémie de grippe. Huit cent dix-neuf patients ont été inclus et les résultats ont montré que 60% des patients mesurent la température avant de se rendre chez le médecin, 65% des patients utilisent le thermomètre électrique par voie rectale et 26% le thermomètre à infrarouge (tympanique et cutané). Par ailleurs il a été montré qu'un seuil à 38°C fixé permet d'inclure la quasi-totalité des patients ayant mesuré leur température [11].

b) Le concept de « diagnostic » et particularités en Médecine Générale

Le mot diagnostic vient du mot grec « gignôskô » qui veut dire connaître. Le dictionnaire Larousse le définit comme « le temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint ». [12]

L'une des particularités de l'exercice de la Médecine Générale, comme nous l'avons écrit ci-dessus, est que le praticien est confronté aux stades précoces et indifférenciés des maladies. Un « diagnostic » au sens strict n'est que rarement établi. Cela ne signifie pour autant dire que le patient ne sera pas correctement pris en charge.

Pourtant, la première chose que le patient attend du médecin est de connaître le nom de son affection et il est tentant mais risqué de « poser un diagnostic » dès la première consultation, car cela risque de fermer la démarche diagnostique du médecin.

S'appuyant sur des années d'observation des pratiques, les auteurs de la Société Française de Médecine Générale vont plus loin: « affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de vingt minutes de consultation, certifier un diagnostic, est sans doute la plus grande illusion collective qui ait jamais existé ! » [13].

La prévalence des maladies caractérisées est faible en Médecine Générale et tous les symptômes ou regroupements de symptômes ne sont pas synonymes de maladie. De plus, il est vain de penser que toute situation clinique frustrante rencontrée est le stade précoce d'une maladie qui va évoluer par la suite vers un diagnostic reconnaissable; la plupart des états morbides pris en charge par les médecins généralistes restent à l'état de symptômes ou de syndromes non caractéristiques d'une maladie.

Or Il est important de nommer une situation clinique pour être capable de la prendre en charge, de suivre son évolution, de la comparer à d'autres situations. Cette dénomination nécessite l'utilisation de termes communs à tous les professionnels de santé, d'une classification permettant de nommer précisément la plupart des situations cliniques.

Parler d'« *état fébrile non caractéristique* » plutôt que de « grippe » ou « état pseudo-grippal » ou encore « virose » permet de ne pas poser un « diagnostic » fermé ou faussement rassurant toujours dans le souci d'être en alerte en cas d'évolution défavorable.

Le codage des maladies se fait à l'hôpital à l'aide la classification CIM 10 mais elle est peu adaptée en Médecine Générale car des diagnostics de certitude ne sont pas toujours obtenus. Il existe une autre classification peu connue en France mais utilisée dans de nombreux pays européens : la classification internationale en soins primaires ou CISP qui propose un outil à trois entrées (motif de recours, procédure et diagnostic) [14].

Dans le souci d'utiliser le même langage et devant ces particularités de la démarche diagnostique, la Société Française de Médecine Générale a élaboré, à partir des travaux du médecin autrichien R N Braun, le Dictionnaire des Résultats de Consultation.

c) La Société française de Médecine Générale (SFMG):

La Société Française de Médecine Générale ou SFMG est une société savante fondée en 1973 composée de médecins généralistes qui œuvrent pour la promotion de la Médecine Générale. En 2011, elle compte 1200 membres associés et titulaires dans toute la France.

Elle « favorise la recherche et l'action dans les domaines scientifiques, sociologiques et économiques, propre à assurer la promotion et la qualification des médecins de famille et de soins primaires. ». Depuis 1993, le conseil national de l'ordre des médecins reconnaît le titre de société savante à la SFMG [15].

d) Le résultat de consultation et le dictionnaire des résultats de consultation (DRC) :

Terme issu des travaux du médecin autrichien Robert N. BRAUN, qui dans les années 70 a observé et analysé sa pratique pendant plusieurs années. Il a distingué quatre classes d'états morbides : « symptôme cardinal », « syndrome ou groupe de symptômes », « tableau de maladie » et « diagnostic certifié ». Par exemple dans le groupe « syndrome » on peut ranger le cas état fébrile dont il n'est pas possible au moment de la consultation de trouver l'étiologie.

Le résultat de consultation est une notion fondamentale en Médecine Générale. En effet, il ne s'agit pas là que d'un simple concept théorique et son application à la pratique quotidienne va permettre aux généralistes de « caractériser avec la même rigueur chaque cas, aussi bien les plus fréquents symptômes isolés ou syndromes que les maladies répertoriées ». La Médecine Générale scientifique doit donc se refuser de continuer à faire des diagnostics à un degré inférieur de certitude et réserver ce concept de « diagnostic » aux résultats de consultation [16].

La SFMG a élaboré un outil à partir de ces concepts : le dictionnaire des résultats de consultation ou DRC. Il rassemble les situations cliniques que le médecin généraliste est susceptible de rencontrer en moyenne une fois par an. C'est le fruit d'un travail qui a consisté à récolter et analyser la fréquence des résultats de consultation. Deux cent soixante dix huit résultats de consultation sont nécessaires pour rendre compte de l'activité du généraliste qui représente plus de 97% des situations prises en charge en ambulatoire. Par ailleurs les 150 dénominations les plus fréquemment utilisées concernent des situations sémiologiques mal définies pour lesquelles il existe une grande disparité quant à leur dénomination.

Outre le résultat de consultation, le DRC contient une position diagnostique (A= symptôme cardinal, B= syndrome ou groupe de symptôme, C= tableau de maladie, D= diagnostic confirmé). Seulement 8% des résultats de consultation se situent en position D.

Dans le précis d'utilisation du dictionnaire des résultats de consultation, les auteurs soulignent qu'« il est mieux, dans l'intérêt du malade, que le médecin sache qu'il se trouve devant un état non caractéristique ; c'est la seule façon pour lui de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution dans de meilleures conditions » [17].

Il permet donc de tenir compte de toutes les situations même celles qui sont non caractéristiques : situation fréquente dont on ne peut dire à l'avance s'il s'agit de « troubles qui ne demandent pas d'élucidation car disparaissant rapidement, d'un état typique mais vu à un stade précoce, d'une présentation atypique demandant à être élucidée ou encore de maladies non encore répertoriées » [18].

Cette notion d'ouverture est essentielle.

Par ailleurs, une étude prospective de la SFMG présentée au congrès de Médecine Générale en juin 2008 à Lyon a évalué la variabilité entre observateurs d'identification des situations cliniques standardisées à l'aide du DRC et a montré que la concordance y était bonne [19].

e) Résultat de consultation « état fébrile non caractéristique » :

De nombreux symptômes non significatifs sont attribués de façon abusive à un tableau clinique bien caractérisé. L'exemple typique est le « diagnostic » de rhinopharyngite employé très souvent dans la pratique courante. Mais quelle est la définition d'une rhinopharyngite ? Dans la littérature, on entend par rhinopharyngite, une atteinte inflammatoire du pharynx et des fosses nasales avec un tableau clinique associant de façon variable : rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, fièvre et toux [20]. Mais tous les « nez qui coulent avec de la fièvre » sont-ils des rhinopharyngites ?

L'exemple est transposable au résultat de consultation « état fébrile non caractéristique » : prenons un enfant amené par ses parents pour fièvre et asthénie mais avec un état général conservé et des signes peu caractéristiques d'une pathologie donnée. Il se peut que dans quelques jours l'évolution se fasse vers une maladie caractérisée ou que les symptômes disparaissent spontanément. Face à cette situation, il faut prendre tout de même une décision : certains médecins patienteront et reverront le patient le lendemain ou d'autres demanderont des examens complémentaires voire des avis spécialisés tout ceci en fonction du contexte psychosocial du patient.

Dans ma pratique quotidienne, à plusieurs reprises j'ai entendu des mamans dirent : « il avait de la fièvre, je ne vous l'ai pas amené car il allait bien, d'ailleurs la fièvre a disparu au bout de un ou deux jours... ». Ceci illustre l'entité dont il est en question ici car il a été

montré que seulement huit pour cent des consultations évoluent vers une révision du diagnostic.

Le choix du résultat de consultation ETAT FEBRILE (cf. ci dessous), nécessite la présence de signes obligatoires, précédés du signe ++++ (critères d'inclusion principal) et d'au moins un des signes précédés du signe ++1 (critères d'inclusion associés).

Il s'accompagne aussi de compléments sémiologiques précédés par le signe « + - » (critères facultatifs). Le tableau ci-dessous présente la définition, les positions diagnostiques dans lesquelles peut se présenter l'état fébrile, les résultats de consultation voisins ou concurrents (« voir aussi »), sorte de diagnostics différentiels, et enfin la correspondance avec la CIM-10.

Ce résultat de consultation « état fébrile » correspond à ce que R. N. Braun appelait « *fièvre non spécifique* », définie comme « un état fébrile s'accompagnant de manifestations non spécifiques, telles que douleurs des parties molles, céphalées et/ou douleurs oculaires, ainsi que différentes formes de catarrhes non caractéristiques du tractus respiratoire, du tube digestif et/ou des voies urinaires » [21].

ETAT FEBRILE

DEFINITION

++++ FIÈVRE ou SENSATION DE FIÈVRE

++ 1 isolée

+ - frissons, sueurs, courbatures

++1 associée à des symptômes et signes généraux et locaux

++++ NON CARACTERISTIQUE et NON CLASSABLE AILLEURS

+ - abattement, lassitude, inappétence (incapacité ou travail, frissons, « enfant grognon »)

+ - céphalée

+ - état vertigineux

+ - courbatures, myalgies

+ - obstruction, écoulement nasal

+ - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées

+ - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien

+ - modification de la voix

+ - toux

+ - expectoration minime, non caractéristiques

+ - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs

+ - sensation de brûlure retro sternale

+ - auriculaires: otalgie, tympan un peu rouges ou discrètement modifiés

+ - oculaires: larmoiement, rougeur conjonctivale

+ - nausées

+ - vomissements

+ - douleurs abdominales

+ - douleurs lombaires uni ou bilatérales

+ - selles molles, diarrhée

+ - pollakiurie

+ - brûlures mictionnelles

+ - urines troubles

+ - exanthèmes

+ - adénopathies

+ - récédive

+ - asymptomatiques

Position(s) diagnostique(s)

A: Si fièvre isolée (y compris en cas de sueurs, frissons, asthénie, lassitude, céphalées et courbatures).

B: Si la fièvre s'accompagne d'un ou plusieurs symptômes ou signes de localisations non caractéristiques d'une maladie particulière

Voir Aussi

En cas de symptômes ou de signes que le médecin estime pouvoir regrouper dans une entité commune non caractéristique, mais en l'absence de fièvre ou de sensation fébrile, il faut choisir ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE.

En cas de symptômes ou signes caractéristiques d'une localisation (ANGINE, PHARYNGITE, CYSTITE...) il faut choisir le RC correspondant.

CORRESPONDANCE CIM- IO : R50.9: Fièvre sans précision

2. PROBLEMATIQUE

a) L'incertitude en Médecine générale :

Comme nous venons de le voir, le médecin généraliste, médecin de premier recours est amené à prendre en charge des états pathologiques à un stade précoce et indifférencié. Ainsi, les prises de décision se font dans un climat de relative incertitude, constitutive de l'exercice de la Médecine Générale.

L'établissement d'un « diagnostic exact » lors de la première consultation peut alors se révéler dangereux.

Les causes de cette incertitude émanent non seulement du rapport du praticien au savoir médical mais aussi à ses rapports sociaux (plaintes mal définies, contexte psychosocial etc.). Le niveau de tolérance dépend de la manière qu'à chacun d'aborder les risques et la peur de commettre une faute professionnelle [22].

Elle peut également être due à la mauvaise définition du cas (examen clinique manquant, mauvaises interprétations des examens médicaux etc.) ou à cause des modifications des références du praticien qui diffèrent d'un praticien à l'autre et même d'une année sur l'autre. Dans son article de la Revue du Praticien en 2007, le Dr DUHOT disait que la « non prise en compte du risque potentiel comme par exemple choisir l'étiquette *grippe* plutôt qu'*état fébrile* alors que tous les éléments cliniques et virologiques ne sont pas présents, c'est s'interdire la vigilance envers d'autres infections... » [23].

Prendre conscience de cette problématique, c'est déjà y faire face.

Plusieurs thèses ont étudié cette notion d'incertitude et de risque : une thèse écrite par Damien JOUTEAU en 2011, avait pour objectif de définir le risque en Médecine Générale et en tirer une méthode pour y faire face en créant une liste de diagnostic étiologique critique. Il a établi deux risques principaux : l'un par le manque d'éléments cliniques suffisants pour l'établissement d'un diagnostic certain en fin de consultation (70%) mais le praticien a tout de même bien cerné sa certitude clinique ce qui va le pousser à donner un résultat de consultation adapté (et une précision diagnostique A, B, C ou D) ; et l'autre risque est

d'oublier un diagnostic étiologique critique d'où l'établissement d'une liste de diagnostic étiologique critique pour aider le médecin [24].

Une autre thèse écrite par Kamel HAMOUDI en 2008, s'est intéressée à la gestion du risque d'erreur diagnostique chez les jeunes médecins. Ses conclusions montrent que d'une part, le diagnostic étiologique complet reste limité et que les jeunes praticiens déclarent être confrontés à l'incertitude et aux risques d'erreur ; et d'autre part que la casugraphie de BRAUN constitue un outil de gestion de ce risque. Il écrit que « la lecture des fiches met en évidence des situations de grande incertitude tant elles étaient si peu caractérisées » et parle de « flou diagnostique » [25].

Cette notion *d'état fébrile non caractéristique* est une notion peu connue par les étudiants des deuxième et troisième cycles des études médicales. On doit pourtant y faire face sans les outils nécessaires pour y parvenir.

Ces thèses montrent donc l'intérêt croissant pour la recherche et l'établissement d'outils pour aider les jeunes étudiants et médecins face à des notions nouvelles, pourtant fondamentales en Médecine Générale.

b) La casugraphie selon R N Braun et le carré de White :

Médecin Généraliste entre 1944 et 1984, d'abord en Allemagne puis en Autriche, Robert N. Braun, a été à la base des réflexions autour des spécificités de la Médecine Générale notamment en termes de classification des entités morbides.

Il a réalisé une étude statistique sur les dix premières années d'exercice et de là est née la « loi de répartition régulière des cas » qui dit que tout praticien exerçant la Médecine Générale dans des conditions similaires doit s'attendre à les retrouver de façon régulière à condition de les désigner toujours de la même façon.

Autrement dit, on arrive à la conclusion qu'il existe en Médecine Générale, un « corpus d'entités morbides » de fréquence régulière suffisamment spécifiques pour être identifiables [26].

La casugraphie (Kasugraphie en allemand) est donc la désignation de ces « cas de fréquence régulière dans la pratique généraliste » comme soulignée dans le sous-titre de l'édition allemande en 1992.

Plusieurs années de travail ont été effectuées pour faire correspondre cette casugraphie aux classifications déjà connues comme la CIM.

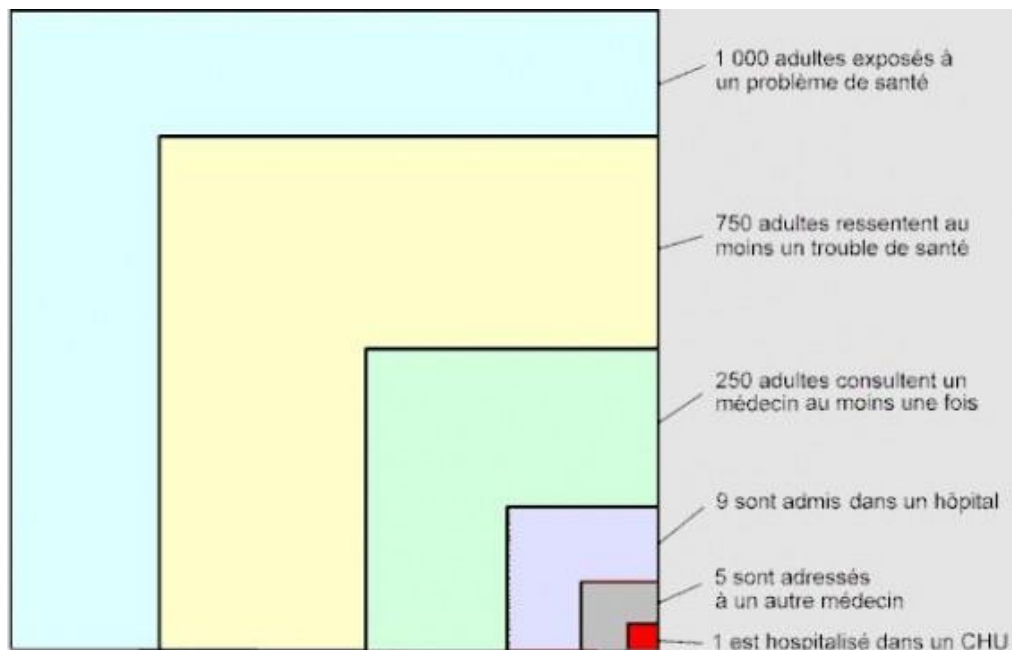
L'autre constat qu'ont fait Braun et ses disciples, est de mettre en évidence qu'on se trouve fréquemment devant des cas sans autre résultat satisfaisant de l'examen médical pouvant correspondre au critère de certitude ; Braun va ouvrir la voie à cette notion de « diagnostic non complet ».

Les patients en ambulatoire sont différents de ceux qui sont à l'hôpital ; or une grande partie de nos études a été faite pour former « des futurs spécialistes » en excluant les bases d'une spécialité tout aussi complexe qu'est la Médecine Générale.

Braun constatait déjà que les étudiants allemands étaient modelés par un savoir d'origine hospitalière et pourtant les praticiens généralistes observaient que « les cas graves et les diagnostics qu'ils ont appris à assumer à l'université sont rares (...) bon nombre de situations qu'ils voient sont rarement enseignées » [27].

Ceci est illustré par le carré de White qui aide à comprendre cette réalité.

Le Dr White, médecin américain et ses collègues ont dénombré 750 personnes qui pouvaient ressentir un problème de santé sur 1000 adultes recensés. Deux cent cinquante personnes consultent un professionnel de santé en un mois et seulement neuf sont admis à l'hôpital dont une personne dans un centre hospitalo-universitaire. Il a donc mis le doigt sur un point essentiel : l'enseignement était réalisé dans les centres hospitaliers universitaires où seulement une personne sur 1000 était hospitalisée. La formation des étudiants porte donc sur une partie réduite des problèmes de santé de la population. Ces données seront confirmées par les études de Green et al en 2001[27].



Le carré de WHITE

La prise en charge en soins primaires doit donc être différente de celle faite dans un centre hospitalier : il est nécessaire de former les futurs généralistes à tous les problèmes de santé y compris les plus courants et à la symptomatologie non différenciée.

3. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Plusieurs études ont eu pour sujet la fièvre notamment chez l'enfant mais très peu ont étudié « *l'état fébrile non caractéristique* » qui est pourtant fréquent en Médecine générale.

L'hypothèse que nous faisons est donc de le rapporter à une entité à part entière avec une prise en charge particulière.

L'objectif principal de notre étude est donc :

- **D'analyser les pratiques des médecins et des internes** face à un état fébrile ne pouvant être relié de manière certaine à un état pathologique caractérisé.

Les objectifs secondaires sont de :

- Proposer **des stratégies de prise en charge de ces états fébriles non caractéristiques en Médecine Générale.**
- **Promouvoir** cette notion auprès des étudiants en médecine générale.

III. MATERIEL ET METHODES

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, multicentrique et quantitative.

2. PERIODE ET LIEU

Cette étude s'est déroulée du mois de décembre 2012 au mois de mars 2013 à Paris et dans le département de l'Essonne (communes de Longpont sur orge et de Grigny).

3. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Caractéristiques des médecins :

Cinq médecins ont participé au recueil de données : trois femmes et deux hommes. La moyenne des âges des femmes est de 47.6 ans et celle des hommes est de 59 ans. L'année de leur thèse se situe autour des années 80. La plupart travaille en cabinet de groupe (sauf le médecin n°2) et possède un secrétariat médical (téléphonique pour les médecins n° 2 et 4).

	Médecin N°1	Médecin N°2	Médecin N°3	Médecin N°4	Médecin N°5
Age	60 ans	62 ans	31 ans	52 ans	56 ans
Sexe	féminin	masculin	féminin	féminin	masculin
Année de thèse	1980	1981	2012	1987	1987
Seul ou en groupe ?	groupe	seul	groupe	groupe	groupe
Secrétariat ?	oui	téléphonique	oui	téléphonique	Oui

Caractéristiques des internes :

Quatre internes ont répondu aux questionnaires : il s'agit de femmes uniquement. Leur moyenne d'âge se situe vers 26.7 ans. La plupart travaille également en cabinet de groupe et possède un secrétariat médical sauf l'interne n°7 (seul et secrétariat téléphonique).

Les internes n°6 et 9 sont des internes faisant leur SASPAS et les internes n°7 et 8 sont des internes de niveau 1.

	Interne N°6	Interne N°7	Interne N°8	Interne N°9
Age	27 ans	26 ans	26 ans	28 ans
Sexe	féminin	féminin	féminin	Féminin
Seul ou en groupe ?	groupe	seul	groupe	Groupe
Secrétariat ?	oui	téléphonique	oui	Oui
SASPAS ou niveau ?	SASPAS	Niveau 1	Niveau 1	SASPAS

Caractéristiques des patients

Les critères d'inclusion sont les patients tous âges confondus présentant ou ayant présenté une fièvre supérieure à 38°C avec un résultat de consultation qui ne rentre pas dans une définition d'une maladie au sens universitaire du terme. Les critères d'exclusion sont l'immunodépression et les pathologies cancéreuses. La moyenne d'âge est de 18 ans et il y a autant d'hommes de que femmes.

4. DESCRIPTION DE LA METHODE

Le recrutement :

Nous avons envoyé par courrier des questionnaires à différents médecins maîtres de stage ainsi qu'à leurs internes. Le contact a été établi en envoyant un courrier électronique avec une description succincte de notre travail et de nos objectifs accompagné d'un document argumentant notre étude (cf. annexe 2 et 3). Je me suis servie des adresses des courriers électroniques de mes co-internes de la faculté de Médecine Paris V. Il n'y a pas eu beaucoup de réponses favorables au départ, les raisons invoquées étaient essentiellement le manque de temps (surcharge de travail en période hivernale) et les nombreuses demandes de participation à d'autres thèses. Nous avons proposé de remplir le questionnaire en ligne via Google docs mais cela semblait compliqué pour la majorité d'entre eux c'est pourquoi nous avons opté pour un questionnaire papier.

Trois types de questionnaires ont été envoyés : médecin, interne et patient.

Le questionnaire médecin :

Il a été demandé :

- L'âge
- Le sexe
- L'année de thèse
- L'existence d'un secrétariat
- Le travail en cabinet de groupe ou seul

Le questionnaire interne :

De même, il a été demandé :

- L'âge
- Le sexe
- Le travail en cabinet de groupe ou seul
- L'existence d'un secrétariat
- Stage de niveau 1 ou SASPAS ?

Le questionnaire patient :

Ce questionnaire a été rédigé en s'inspirant du résultat de consultation « état fébrile » du dictionnaire des résultats de consultation de la Société Française de Médecine Générale.

Plusieurs points ont été abordés :

- La date et heure de consultation
- L'âge et le sexe du patient
- L'état fébrile :
 - de 38°C à 38.9°C, ou
 - supérieur ou égal à 39°C
- Les signes associés éventuels :
 - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, enfant grognon)
 - céphalée
 - état vertigineux
 - courbatures, myalgies
 - obstruction, écoulement nasal
 - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées non significatives
 - signes pharyngés non caractéristiques
 - exanthème
 - toux
 - expectoration minime, non caractéristique
 - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs

- signes fonctionnels urinaires non caractéristiques
 - auriculaire : otalgie, tympan un peu rouges ou discrètement modifiés
 - oculaire : larmoiement, rougeur conjonctivale
 - nausées
 - vomissements
 - douleur abdominale
 - adénopathies
 - selles molles, diarrhée
- la prescription d'un traitement médicamenteux :
 - non
 - oui
 - si oui : antipyrétique ?, antalgique pur ? antibiotique ?, autre ?
 - la prescription d'examens complémentaires :
 - non
 - oui
 - si oui : lequel ?
 - la prescription d'avis spécialisé :
 - non
 - oui
 - si oui : lequel ?
 - le « diagnostic » a-t-il été énoncé au patient ?
 - non
 - oui
 - si oui, à la demande du patient? oui/ non
 - pensez vous que le patient a été satisfait de la prise en charge ?
 - non
 - oui
 - commentaires libres
 - êtes-vous satisfait de la prise en charge ?
 - non
 - oui
 - commentaires libres

Le recueil de données s'est fait sous forme d'un tableau Excel. Cent vingt quatre cas ont été récoltés. Chaque réponse correspond sur le tableau Excel au chiffre 1 pour faire plus facilement les différents calculs (somme, pourcentage).

Voici un exemple de questionnaire rempli :

DIAGNOSTIC ENONCE AU PATIENT					
non	1		1	1	
oui		1			1
si oui lequel?		syndrome grippal			grippe
a la demande du patient?					
oui		1			1
non	1		1	1	
PENSEZ VOUS QUE LE PATIENT A ÉTÉ SATISFAIT DE LA CONSULTATION?					
non					
oui	1	1	1	1	1
commentaires libres	« prescriptions d'examens complémentaires car pauci symptomatique »			« attendait des antibiotiques mais après explication la mère est d'accord avec la prise en charge »	

IV. RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS

a) Caractéristiques générales pour l'ensemble des consultations :

De manière globale, 31 % des consultations se sont déroulées **dans l'après midi** (sur 69 consultations où l'heure a été précisée). Il y a **autant de sexe féminin que de sexe masculin**. Il s'agit le plus souvent **d'enfants** (60%) sur les 103 consultations où l'âge a été précisé et les consultations concernent des **fièvres modérées de moins de 39°C** (69%).

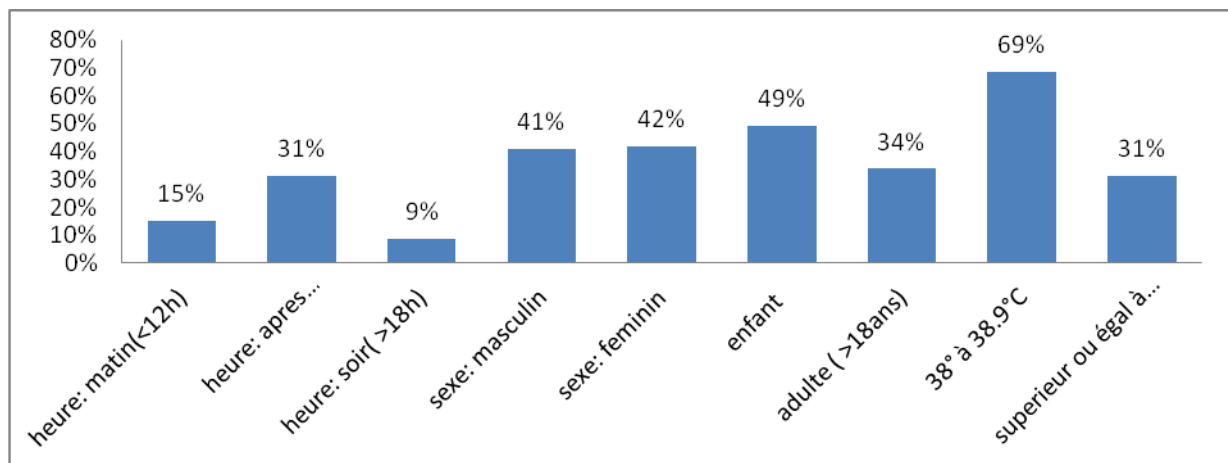


Tableau 1 : *caractéristiques des consultations*

b) Caractéristiques des consultations par médecins et internes

On constate que **le médecin n°2 et les internes n° 6 /7** ont noté des températures plus élevées et que **le médecin n° 5 et l'interne n° 9** ont relevé des consultations comprenant surtout des adultes.

Y'a-t-il des répercussions en terme de prise en charge ?

Concernant les températures élevées, on remarque que le médecin 2 et les internes 6 /7 prescrivent quasiment à chaque fois un traitement (respectivement 100%, 100% et 91%) et qu'il y a plus de prescription d'antibiotiques (29%,11% et 9%). Les examens complémentaires sont plus demandés par le médecin 2 et l'interne 6 (25%, 16%) ; les avis spécialisés sont plus prescrits par le médecin 2 (14%) ; l'interne 7 semble ne pas énoncer de diagnostic à chaque fois (73%) et la satisfaction semble un peu moins bonne des deux côtés (73% pour les patients, 82% pour l'interne).

Le médecin n° 5 qui a noté plus de consultations avec des adultes, prescrit moins de traitement médicamenteux notamment des antibiotiques (60% de prescription dont 10% d'antibiotiques), moins d'examens complémentaires et d'avis spécialisés.

On trouve des résultats divergents pour l'interne 9, qui a noté également plus de consultations avec des adultes, avec une prescription médicale à chaque fois (100% mais pas d'antibiotiques), plus d'examens complémentaires (13%) et moins de diagnostic énoncé (53%).

2. Les signes non caractéristiques

a) Les signes non caractéristiques pour l'ensemble des consultations :

Les signes associés non caractéristiques les plus souvent retrouvés sont (sur un total de 19 signes): **l'abattement, la lassitude, l'inappétence** (72% soit 89 consultations), **la toux** (60% soit 74 consultations), **les courbatures, les myalgies** (47% soit 58 consultations), **l'obstruction et l'écoulement nasal** (44% soit 54 consultations), **la céphalée** (42% soit 52 consultations) et les **signes pharyngés non caractéristiques** (35% soit 43 consultations).

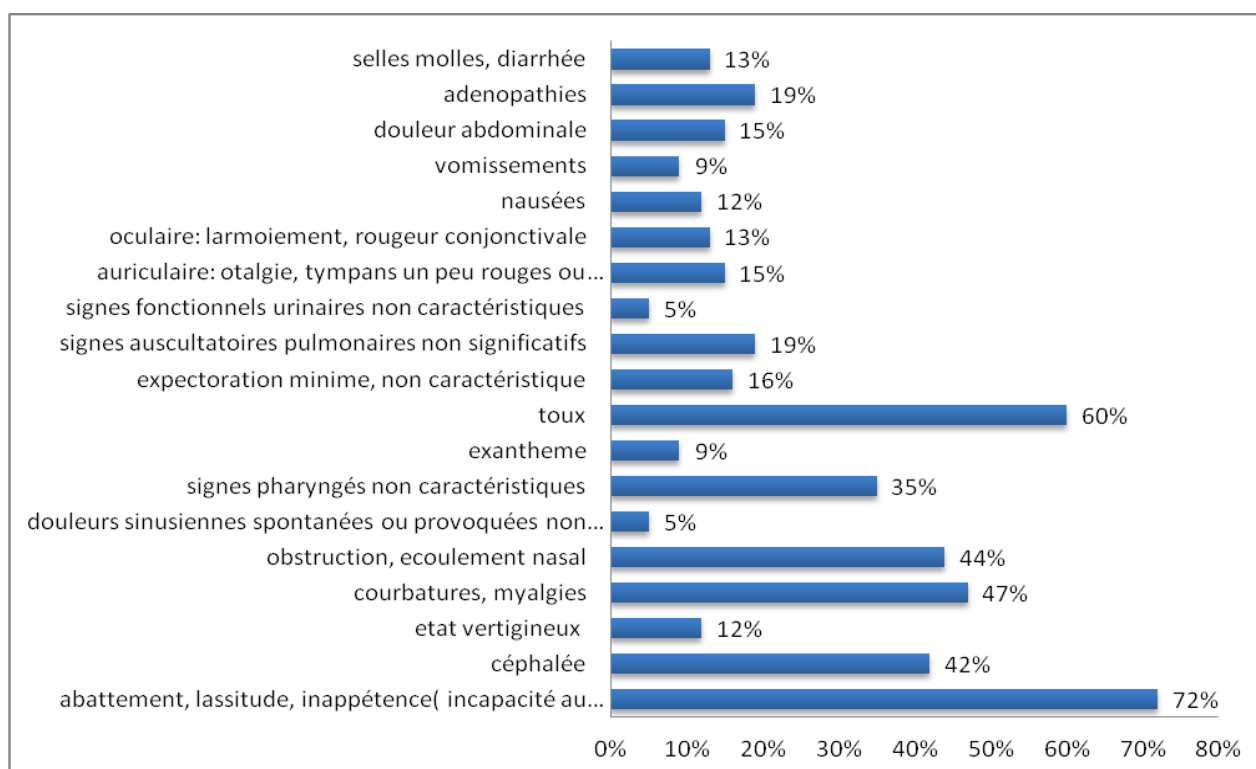


Tableau 2 : les signes non caractéristiques

b) Les signes non caractéristiques par médecins et internes

Le nombre moyen de signes non caractéristiques par médecins et internes et par consultation est de **4,6 signes**.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons noté le nombre moyen de signes non caractéristiques par consultations et par professionnels de santé ainsi que le type de signes les plus **fréquemment** retrouvés.

MEDECIN	Nombre moyen de signes par consultation	Type de signes
Médecin n°1	4.6	Abattement Toux courbatures
Médecin n°2	4.6	Abattement Céphalée courbatures
Médecin n°3	5	Abattement Obstruction nasale
Médecin n°4	6.6	Abattement Céphalée / toux
Médecin n°5	5.5	Abattement/toux

INTERNE	Nombre de signes par consultation	Type de signes
Interne n°6	3.1	Céphalée Toux abattement
Interne n°7	4.5	Abattement toux
Interne n°8	3.8	Obstruction nasale Toux abattement
Interne n°9	4.2	Abattement Obstruction nasale, toux

Tableau 3 : les signes non caractéristiques par médecins et internes

Globalement on retrouve le même type de signes cliniques non caractéristiques que pour l'ensemble des consultations : abattement, toux, céphalée, courbatures, obstruction nasale.

L'interne n°6 retrouve le moins de signes associés (3.1) et le **médecin n°4** en retrouve le plus (6.6).

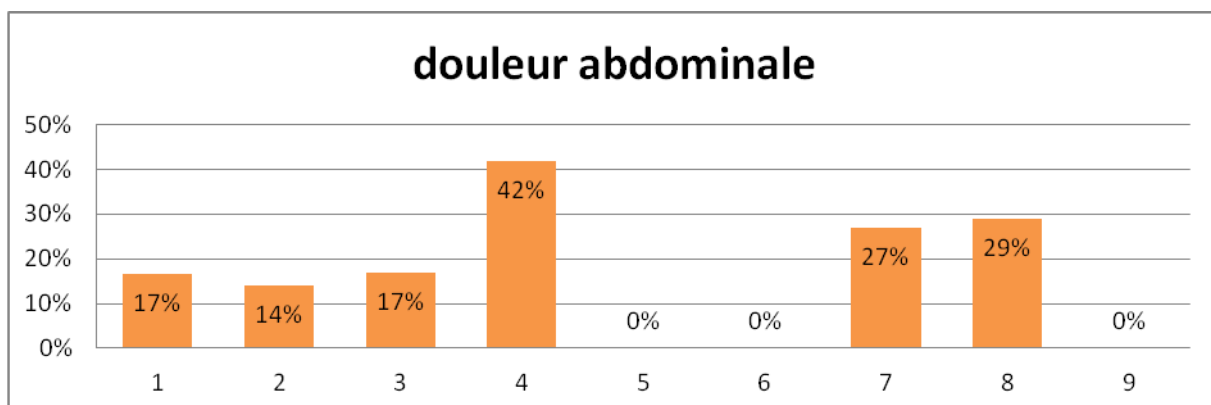
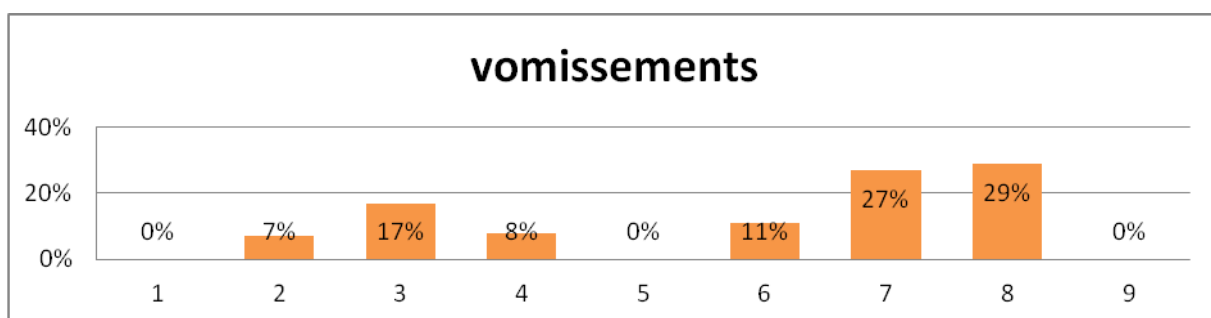
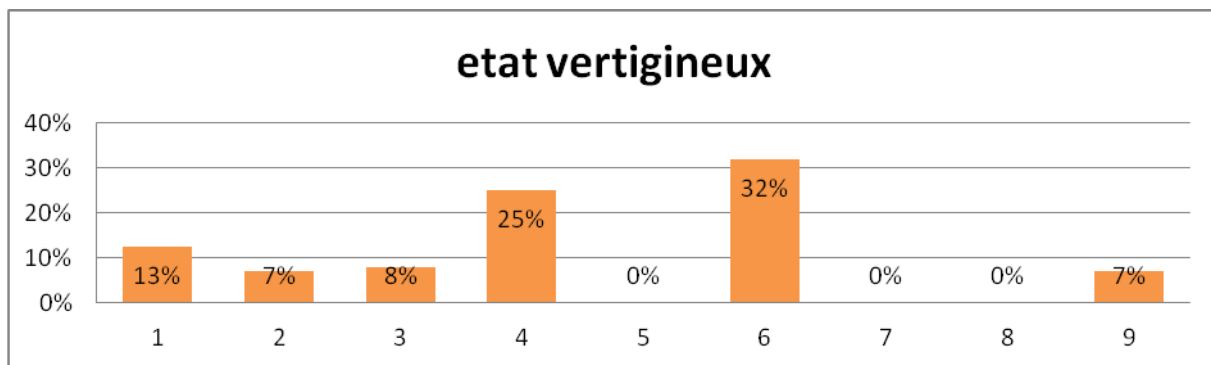
Quelles sont les répercussions en fonction du nombre de signes ?

En comparant avec la prise en charge générale, on constate que les prescriptions de médicaments, d'antibiotiques, d'examens complémentaires et d'avis spécialisés sont les mêmes (100%,11%, 16% ,5% pour l'interne 6 et 100%,8%,17%, 0% pour le médecin 4). La différence réside dans l'annonce du diagnostic qui se fait moins (25% de non) lorsque l'on a beaucoup de signes non caractéristiques et on constate une plus grande insatisfaction de la part des médecins (25% de non).

Quelques particularités néanmoins si on regarde chaque signe un à un :

- Le médecin n°3 constate plus de signes auscultatoires pulmonaires non caractéristiques (42%), d'expectorations non caractéristiques (42%), de signes fonctionnels urinaires non caractéristiques (25%) et de douleurs sinusiennes (17%).
- Le médecin n°4 constate plus d'état vertigineux (25%), de signes pharyngés (67%) et de douleurs abdominales (42%).
- Le médecin n°5 relève plus de signes pharyngés non caractéristiques (60%).
- L'interne n°6 constate plus d'état vertigineux (32%) et de douleurs sinusiennes (11%).
- Les internes n°7 et 8 ont noté un peu plus de vomissements (27 et 29% respectivement).

Voici quelques exemples illustrés en graphiques :



LEGENDE :

1 à 5 = médecins

6 à 9 = internes

4. PRISE EN CHARGE

a) Prise en charge pour l'ensemble des consultations :

Prescription médicamenteuse

La grande majorité des consultations **aboutit à une prescription médicamenteuse** (94% soit 117 consultations), un **antipyrétique** en premier lieu (91% soit 113 consultations).

Les antibiotiques sont donnés dans **10% des consultations** (13 consultations).

Par ailleurs, on note **20%** (25 consultations) de prescription **d'autres traitements** tels que : acide salicylique, antiémétique, anti-diarrhéique, corticoïdes, bronchodilatateurs, antitussif, lavage de nez, collyre et des antispasmodiques.

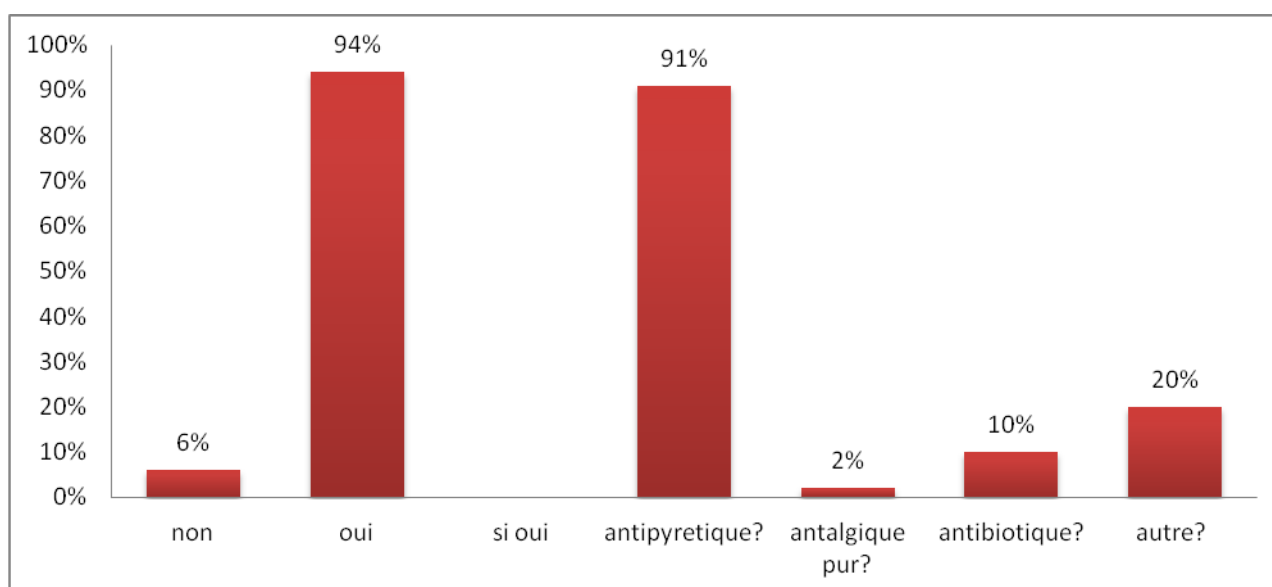


Tableau 4 : *prescription de traitement et type de traitement*

Examens complémentaires et avis spécialisés

La prescription des examens complémentaires est faite dans **13% des consultations** et des avis spécialisés sont demandés dans **5% des consultations**.

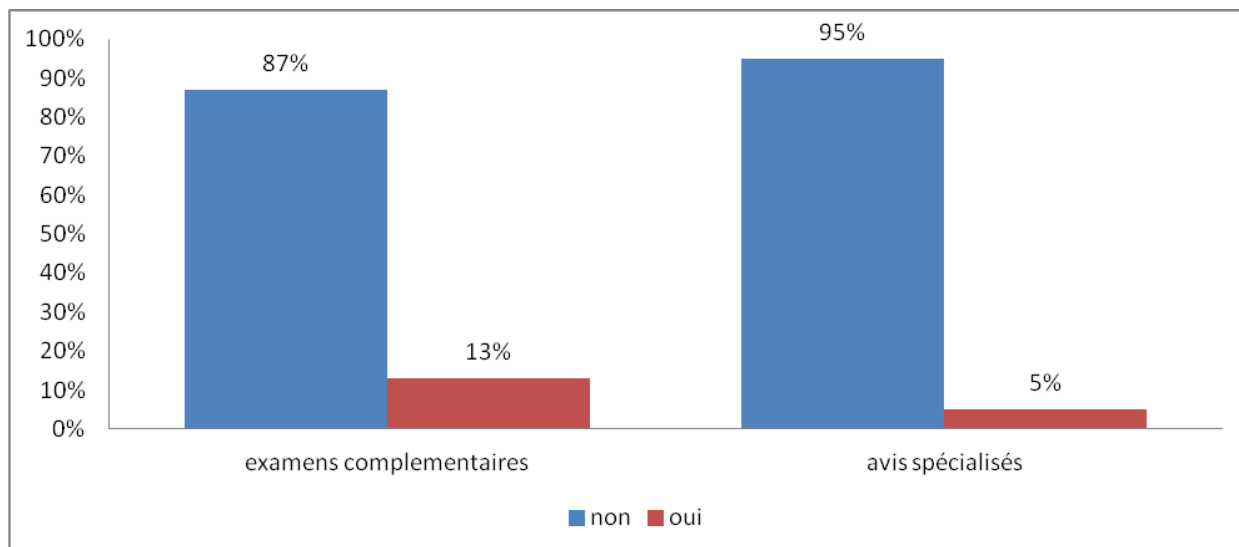


Tableau 5 : prescription d'examens complémentaires et d'avis spécialisés

Parmi les consultations où seuls les examens complémentaires ont été demandés, nous remarquons qu'il s'agit le plus souvent d'un enfant de sexe masculin dont la température est modérée et qui présente les signes suivants : abattement, courbatures, myalgie, toux et céphalée.

Parmi celles où ont été prescrit des examens complémentaires et des avis spécialisés, nous remarquons qu'il s'agit plus d'enfants qui présentent une fièvre élevée de sexe masculin avec comme signes principaux : abattement et douleur abdominale.

Parmi celles où seulement un avis spécialisé a été demandé, nous voyons qu'il s'agit aussi d'un enfant dont la température est modérée et qui présente une altération de l'état général et une toux.

Les examens complémentaires ont été souvent une biologie et une radiographie de thorax ; les avis spécialisés sont majoritairement les urgences pédiatriques mais aussi un avis ORL.

L'annonce du résultat de consultation (RC)

Le résultat de consultation est **souvent énoncé** (81%), le plus souvent **à l'initiative du médecin ou interne**.

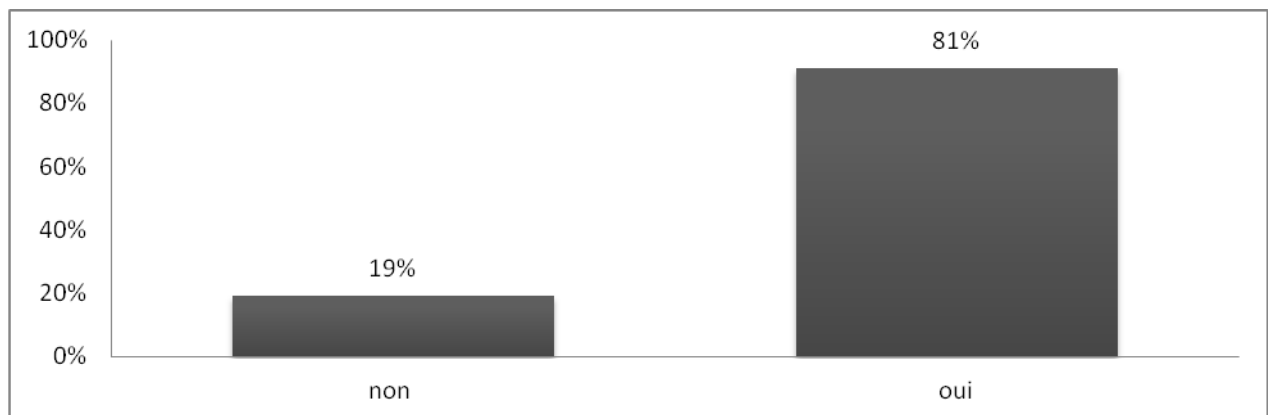


Tableau 6: *résultat de consultation énoncé*

Lorsqu'on énonce un RC, on remarque qu'au niveau de la prise en charge (prescription médicamenteuse, avis spécialisés et examens complémentaires) et au niveau de la satisfaction des patients et médecins/internes, on obtient des résultats similaires par rapport à l'ensemble des données.

A l'inverse, le fait de ne pas énoncer de RC, entraîne plus de prescription d'avis spécialisés (17% vs 5%), plus de prescription d'antibiotiques (17% vs 10%) au prix d'avoir plus de patients non satisfaits (22% vs 10%)

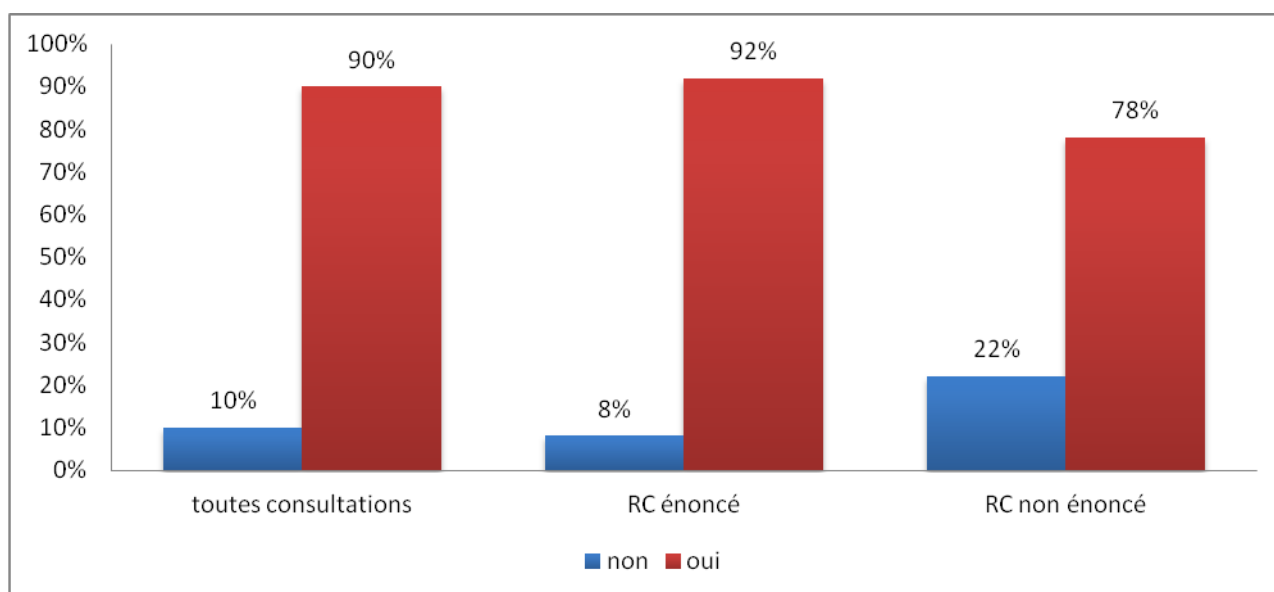


Tableau 7 : patients satisfaits de la consultation en fonction de l'annonce du résultat de consultation

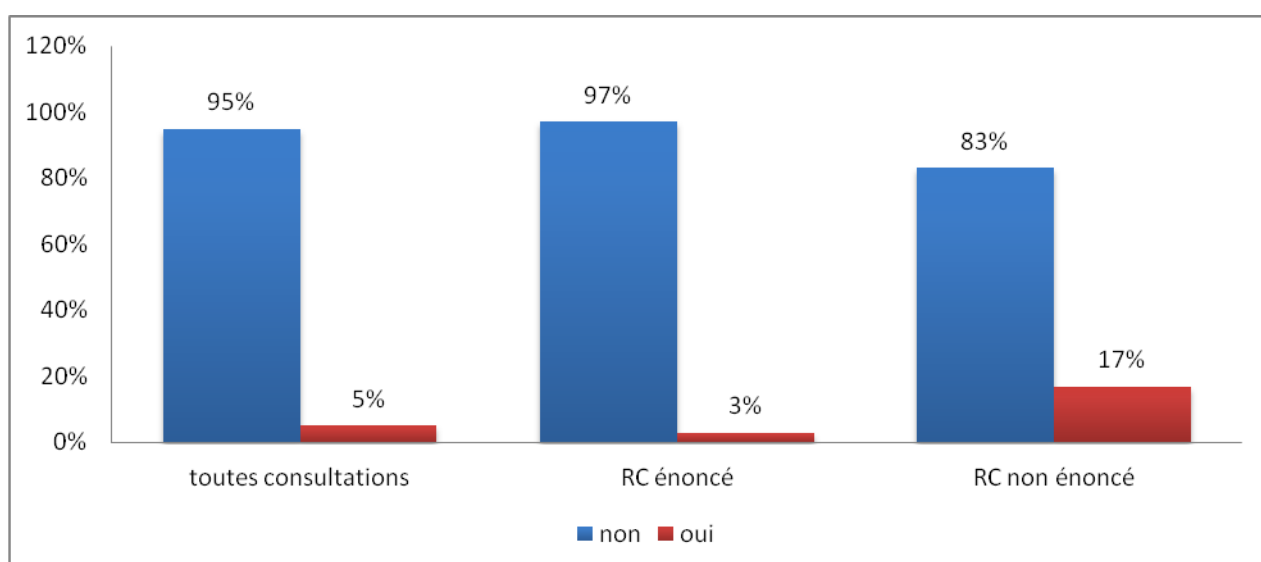


Tableau 8 : avis spécialisés en fonction de l'annonce du résultat de consultation

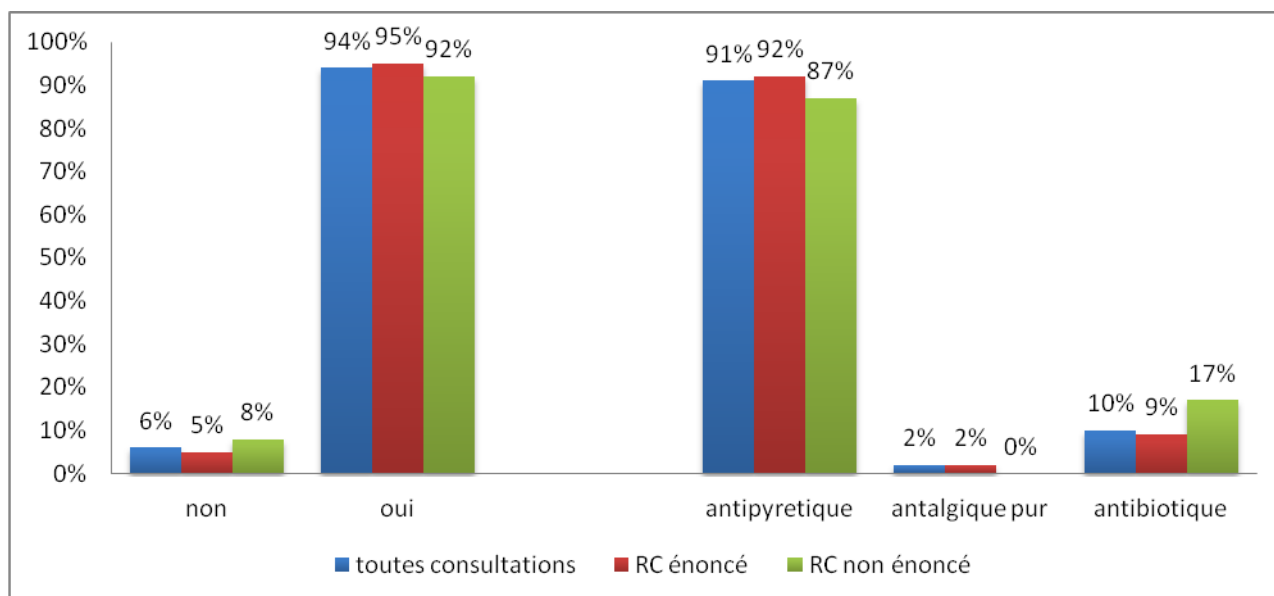


Tableau 9: *prescription en fonction de l'annonce du résultat de consultation*

41% seulement des RC énoncés se font à la demande du patient.

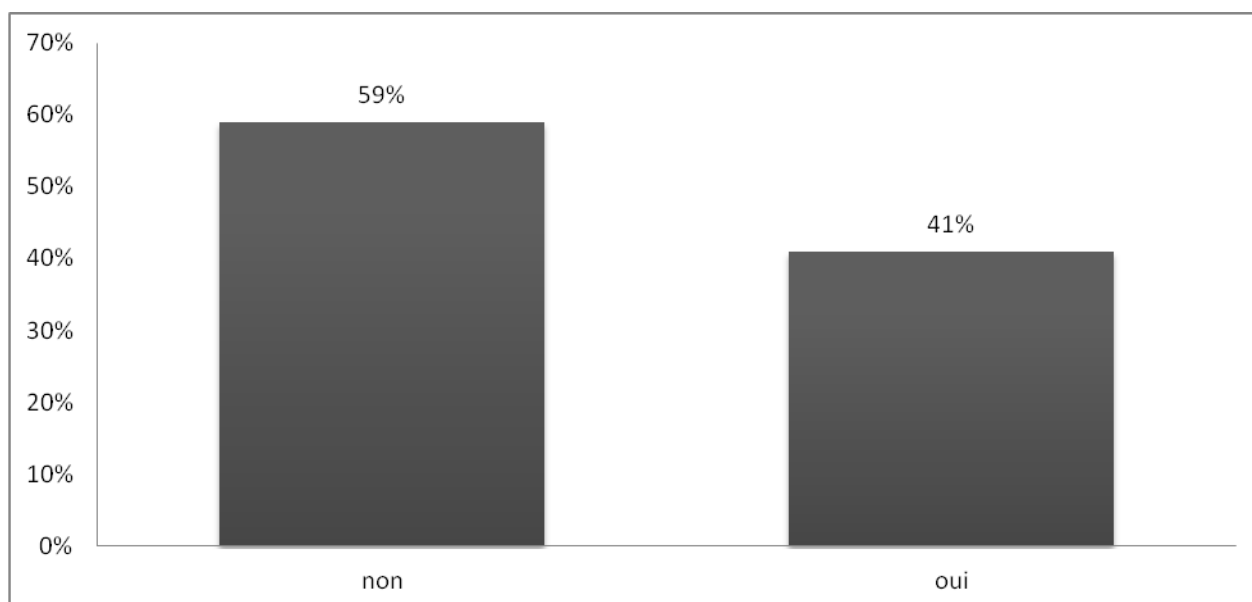


Tableau 10: *résultat de consultation énoncé à la demande du patient*

Le sentiment de satisfaction

90% des patients ainsi que 93% des professionnels de santé de l'étude sont satisfaits de la prise en charge.

Néanmoins **10%** des patients et **7%** des médecins et internes restent insatisfaits.

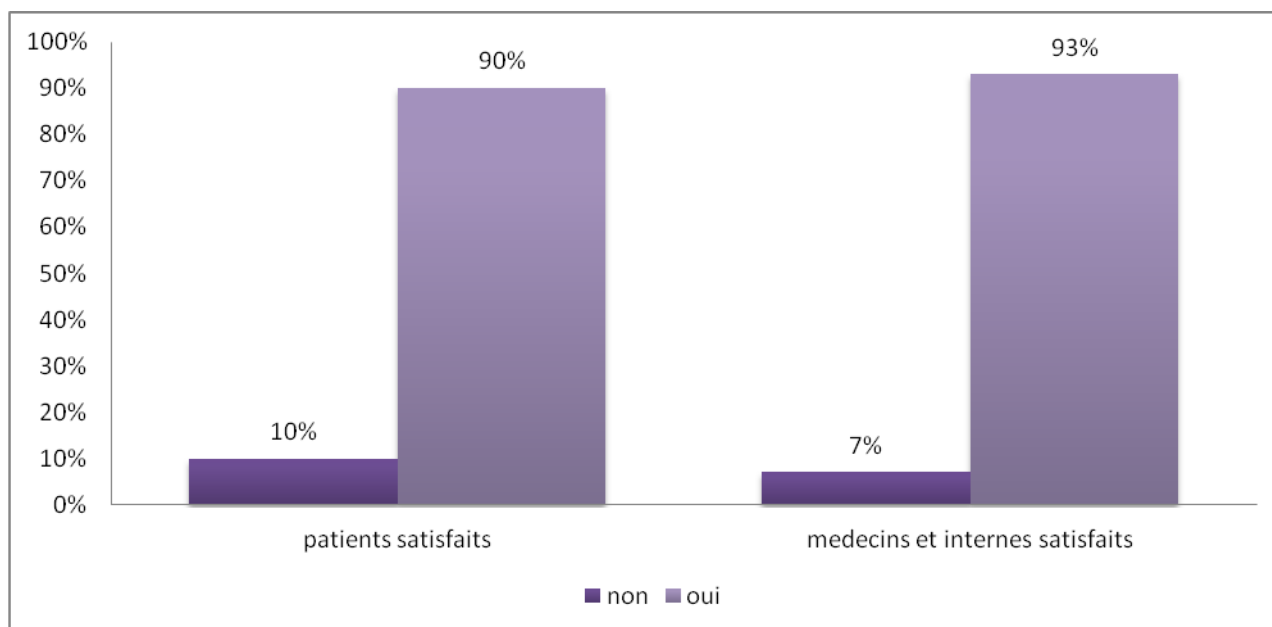


Tableau 11 : satisfaction chez les patients et chez les médecins et internes

b) Prise en charge par médecins et internes

Prescription médicamenteuse

La plupart des professionnels de santé interrogés prescrit un traitement médicamenteux sauf pour le médecin n°5 (60%). Les antibiotiques sont donnés le plus souvent par le médecin n°2 (29 %). Le seul à donner un antalgique pur est le médecin n°4 (8%).

Examens complémentaires et avis spécialisés

Les examens complémentaires sont prescrits en majorité par le médecin n°2 (25%). Les avis spécialisés sont eux demandés par les médecins n°1 et 2 (12% et 14%).

L'annonce du résultat de consultation

Le RC est souvent énoncé sauf pour les médecins n°1, 4 et les internes n°7 et 9 (pas de RC dans 33%, 25%, 27% et 46% des cas respectivement). Il est fait à la demande du patient chez les médecins n°2 et internes n°6, 7 et 8 (86%, 100%, 91% et 100%).

Le sentiment de satisfaction

Les cas de non satisfaction chez les patients se retrouvent chez le médecin n°5 (20% de non). Ceux concernant l'absence de satisfaction chez les médecins/internes sont chez le médecin n°4 et les internes n°7 et 8 (25% ,27% et 14%).

Au total, nous constatons que **les médecins n° 2/4** ainsi que **l'interne n° 7** sortent du lot : ils sont ceux qui prescrivent le plus d'antibiotiques, le plus d'examens complémentaires et avis spécialisés(2). L'annonce du RC est peu souvent faite (4 et 7) ; les patients semblent satisfaits (2,4 et 7) et sont ceux qui sont le moins satisfaits par leur prise en charge (4 et 7).

Par ailleurs, nous constatons également que **le médecin n°5** est celui qui a le plus d'insatisfaction auprès des patients et celui qui prescrit le moins de traitement.

c) Cas particuliers

Consultations des enfants (soit 49%)

Chez les plus jeunes, on prescrit autant de traitement (97% vs 94%) mais un peu **plus d'antibiotiques** (15% vs 10%) ; il y a autant d'examens complémentaires (16% vs 13%) mais **deux fois plus d'avis spécialisés** (10% vs 5%) en majorité les urgences pédiatriques.

Le diagnostic est autant énoncé aux parents (21% vs 19%).

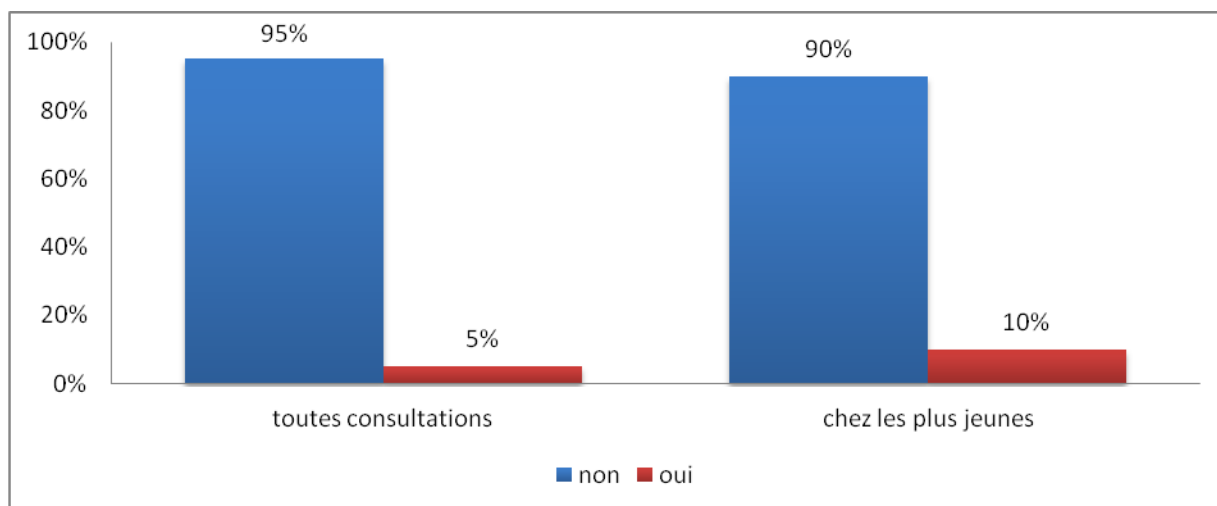


Tableau 12 : prescription d'avis spécialisés parmi les consultations des plus jeunes

Consultations du soir (soit 9%)

Elles aboutissent toujours à une prescription de médicaments (100% vs 94%) mais pas plus d'antibiotiques.

Consultations du matin (soit 15%)

On obtient autant de prescriptions médicamenteuses (95% vs 94%)

Consultations des états fébriles élevés (31%)

De même, on a autant de prescription de traitement (95% vs 94%), d'antibiotiques (13% vs 10%), un peu plus d'avis spécialisés (8% vs 5%) mais **plus d'examens complémentaires** (21% vs 13%).

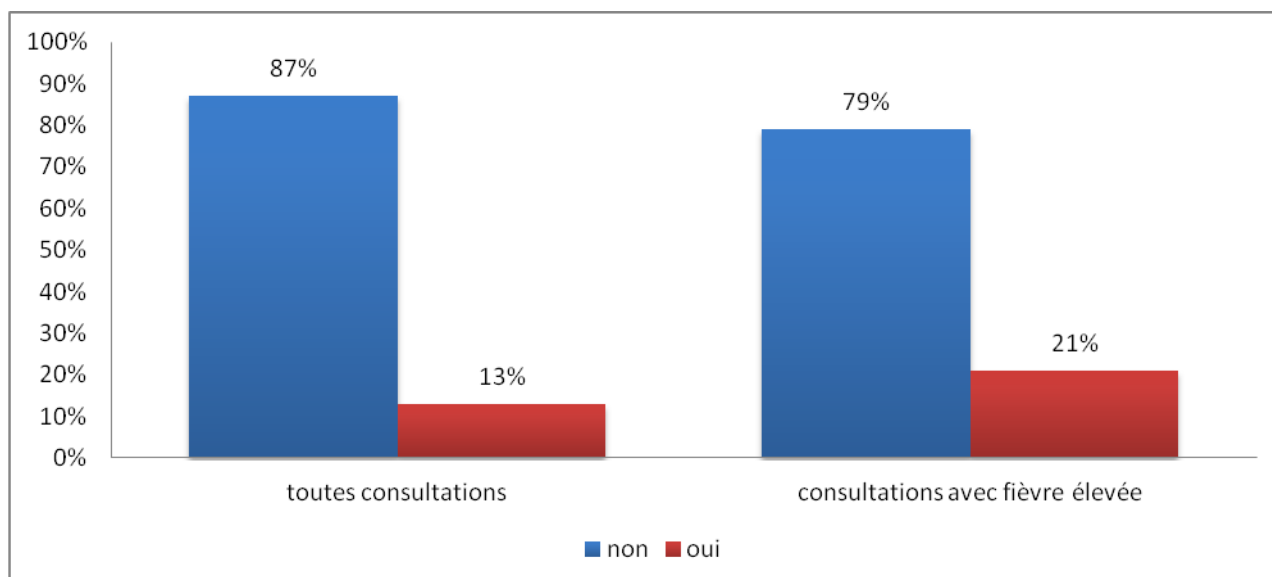


Tableau 13 : *prescription d'examens complémentaires parmi les consultations où la fièvre est élevée*

Consultations avec une prescription d'antibiotiques (10%)

Comme nous l'avons vu, **treize consultations** ont abouti à une prescription d'antibiotiques. Si l'on regarde les consultations une par une, nous constatons que parmi ces consultations, les **examens complémentaires sont beaucoup plus prescrits (61 % vs 13% pour l'ensemble des consultations)** mais il n'y a pas beaucoup plus de prescription d'avis spécialisés. Le **diagnostic est moins énoncé** également (**69% vs 81%** dans le cas général).

Dans le tableau ci-dessous, nous avons regardé le pourcentage de signes non caractéristiques présents dans les consultations avec antibiotiques rapportés à l'ensemble des signes non caractéristiques. Nous remarquons que les signes les plus retrouvés sont l'**exanthème (27%)**, les **selles molles et diarrhée (18%)**, la **douleur abdominale (16%)**, les **signes auriculaires (16%)** et les **expectorations (15%)**.

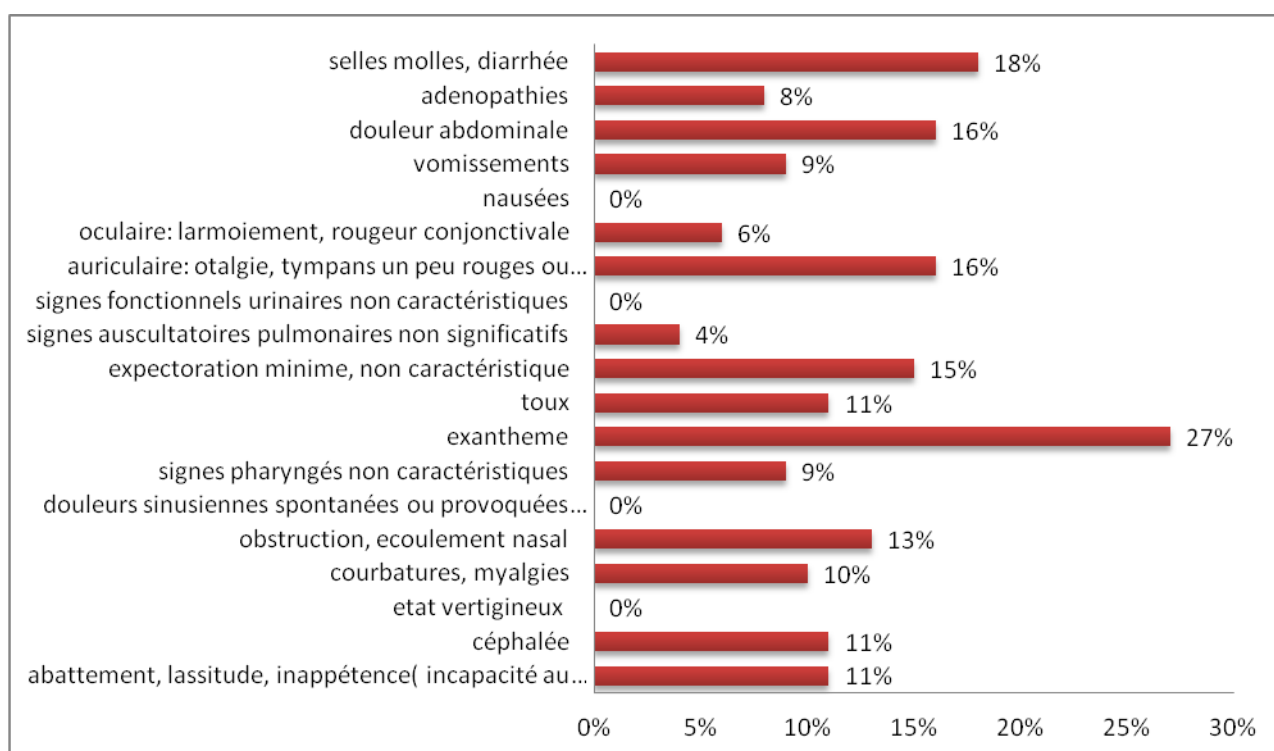


Tableau 14 : *Signes non caractéristiques dans les consultations avec antibiotiques*

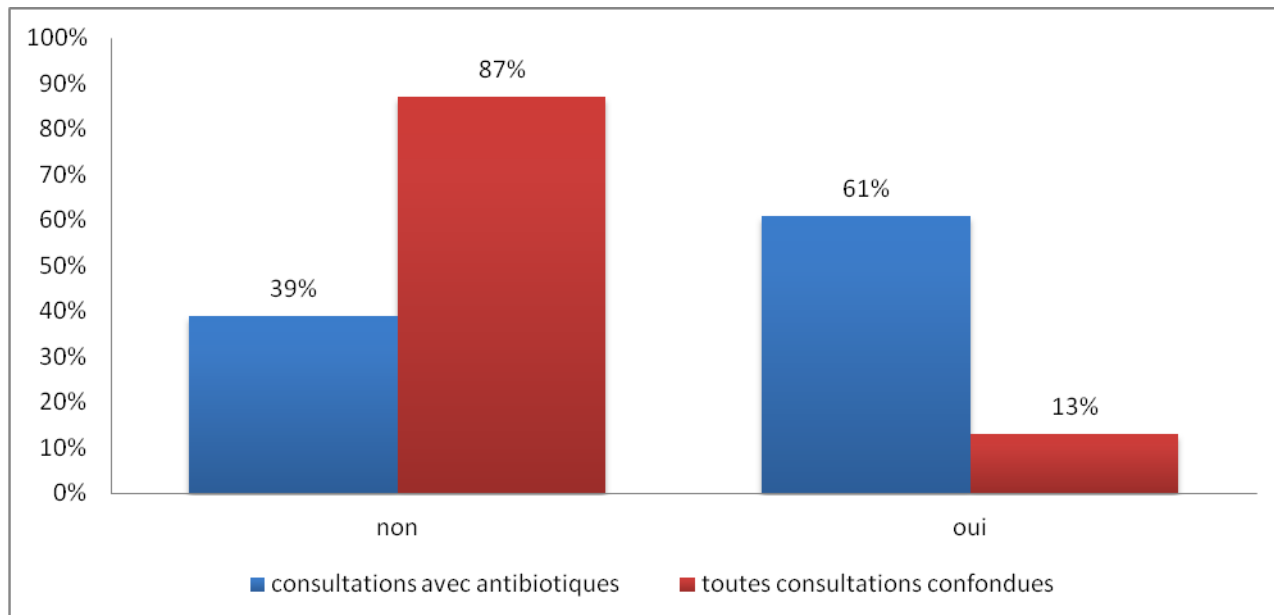


Tableau 15 : *prescription d'examens complémentaires dans les consultations avec antibiotiques*

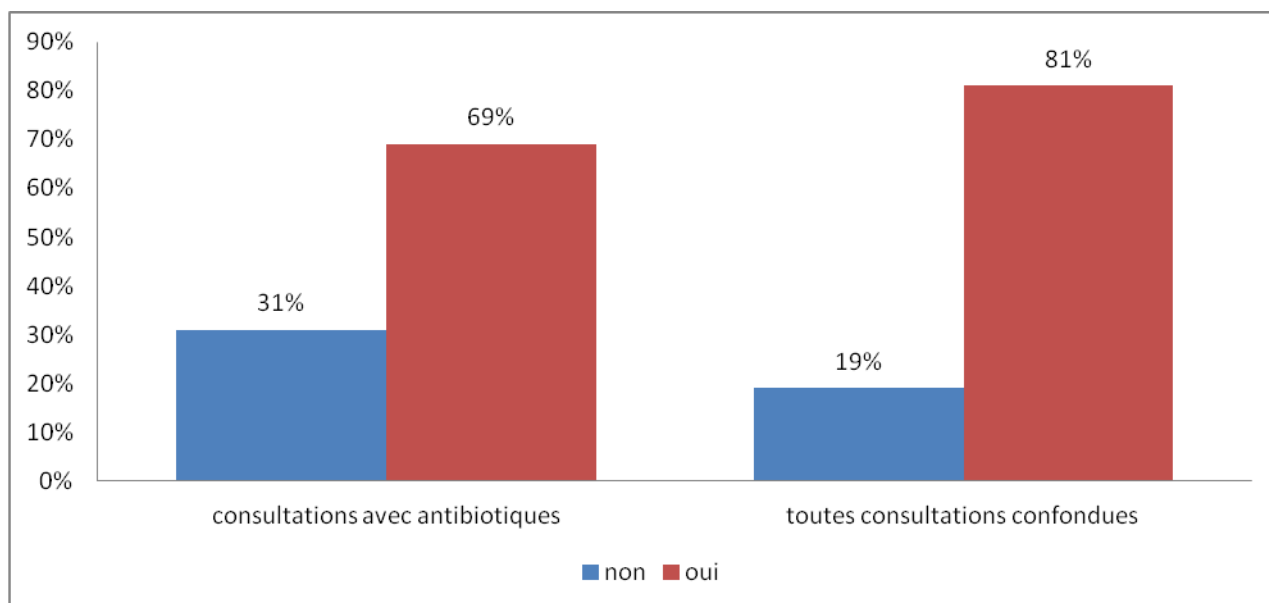


Tableau 16 : *annonce du résultat de consultation dans les consultations avec antibiotiques*

Voici un extrait du questionnaire qui présente les commentaires libres associés à trois consultations ayant abouties à une prescription d'antibiotiques. Il s'agit des résultats de consultation énoncés de : « rhino », « grippe avec possible surinfection » et « grippe ? pneumopathie ? » respectivement.

commentaires libres	Interne 6	Interne 6	Médecin 3
	« peu de signe clinique, je ne l'ai pas trouvé très encombré, amoxicilline au cas où cela persistait, tympans congestifs »	« venu déjà il y a 5 jours ; amoxicilline car rhinorrhée verdâtre; je lui ai dis de le prendre si toujours fébrile dans 2 jours »	« 3e récidence de bronchite sur terrain asthmatique »

d) Comparaison entre médecins et internes

Sur les 124 consultations recueillies, 52 consultations ont été recueillies par des internes et 72 consultations par des médecins.

Traitement médicamenteux

On constate qu'un **traitement médicamenteux est plus prescrit chez les internes (90% vs 98%)** mais les **antibiotiques sont plus prescrits chez les médecins (13% vs 9%)**.

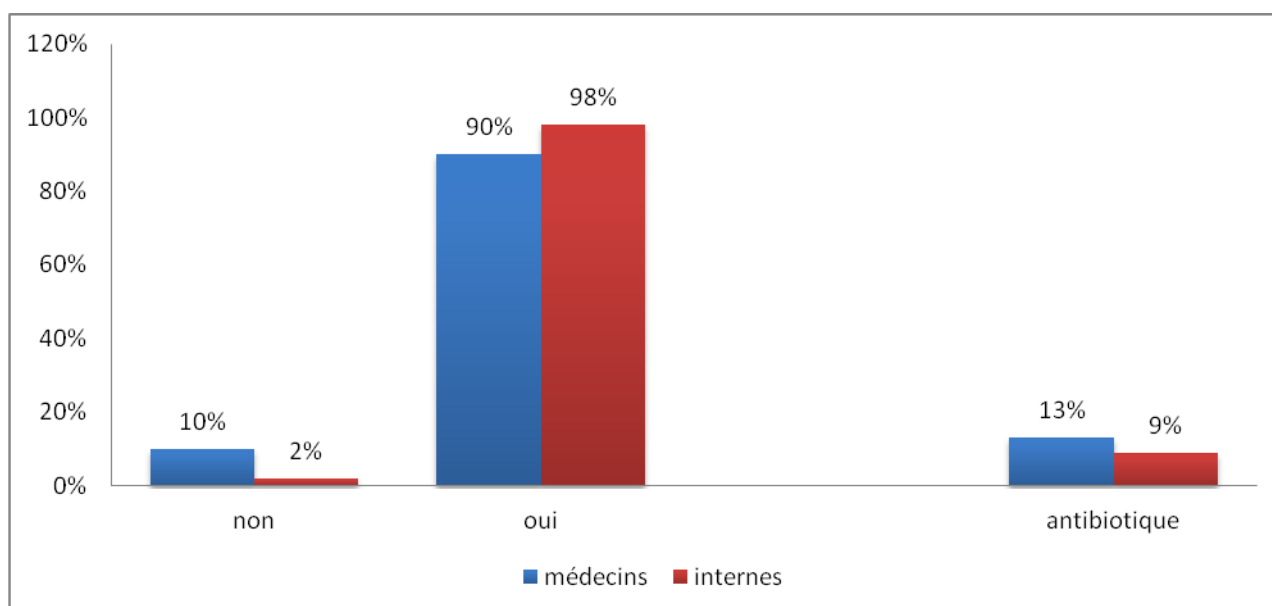


Tableau 17 : *prescription médicamenteuse en comparant médecins et internes*

Annonce du résultat de consultation et sentiment de satisfaction

Au niveau l'annonce du RC, il est **plus élevé chez les internes (90% vs 70%)**, **beau coup plus à l'initiative de l'interne (61% de non vs 47% chez les médecins)**. Les patients semblent **moins satisfaits avec les internes (13% de non vs 9%)**. Par contre, la satisfaction des médecins et des internes est **globalement la même (92% pour les internes et 93% pour les médecins)**.

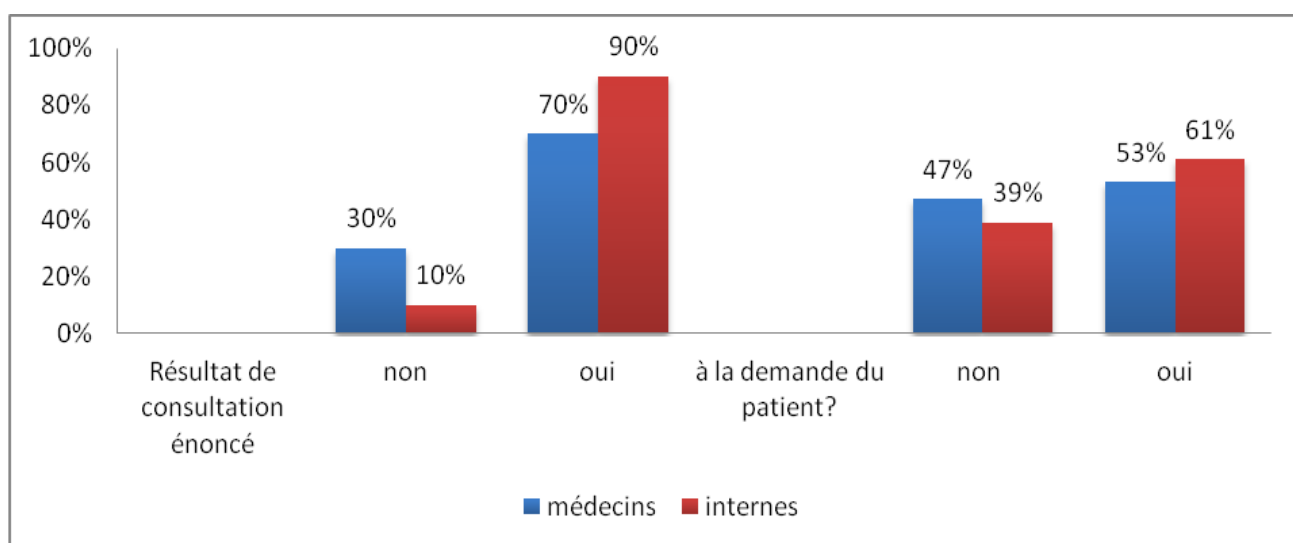


Tableau 18 : *résultat de consultation énoncé en comparant médecins et internes*

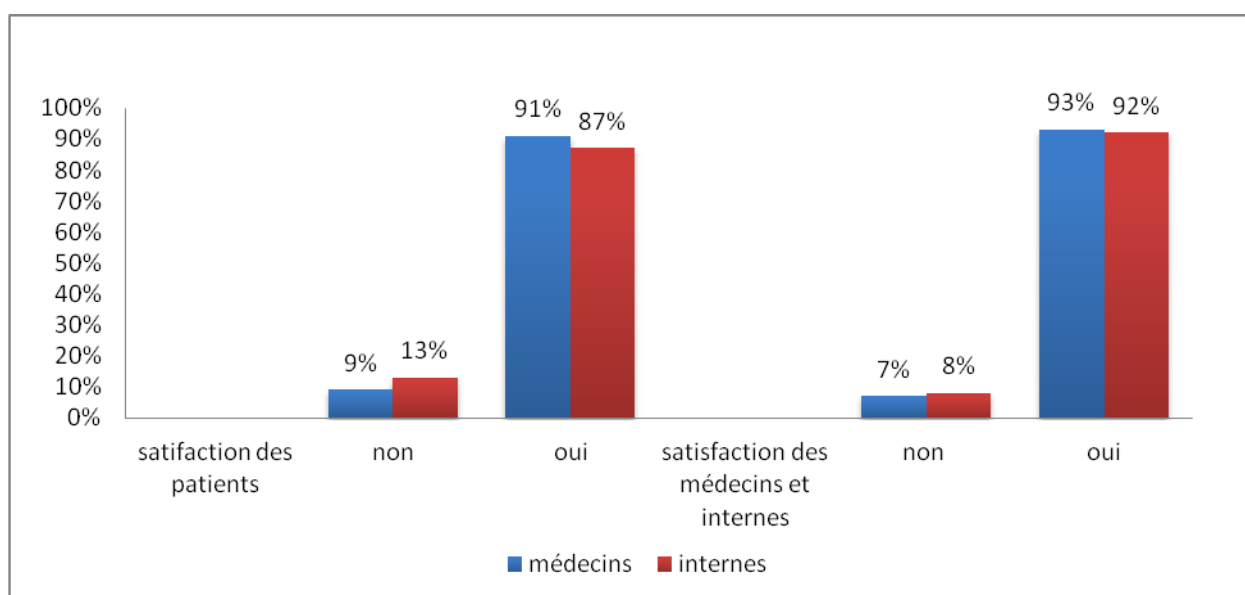


Tableau 19: *satisfaction des patients et satisfaction médecins et internes en comparant les médecins et les internes*

5. LES RESULTATS DE CONSULTATION

a) RC pour l'ensemble des consultations

Cent consultations ont conduit à un résultat de consultation sur les 124 consultations obtenues, soit **27 RC différents**.

Il s'agit le plus souvent de consultations rattachées à la sphère pulmonaire ou ORL ou encore digestif. Les RC les plus retrouvés sont : « grippe » (40 consultations), « virose » (10 consultations), « rhino » (6 consultations) ou « gastro-entérite » (6 consultations).

Il est important de noter que les résultats de consultation ci-dessous ont été transcrits tels qu'ils ont été noté par les médecins et internes interrogés dans les questionnaires sans aucun changement de notre part.

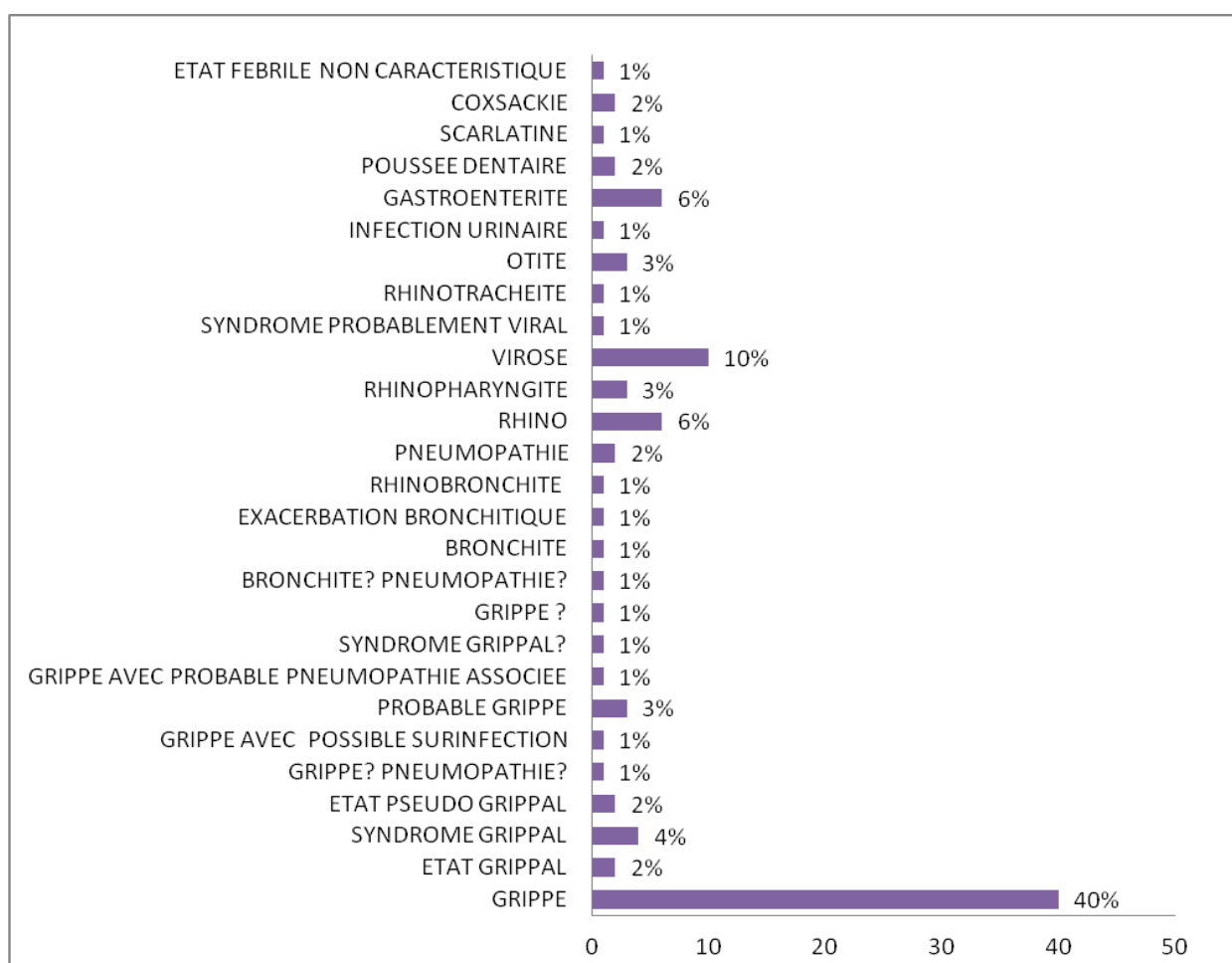


Tableau 20 : les 27 types de résultats de consultation

Par ailleurs nous constatons que 33% des RC émis possède une interrogation.

b) RC ayant conduit à l'annonce d'un tableau de maladie

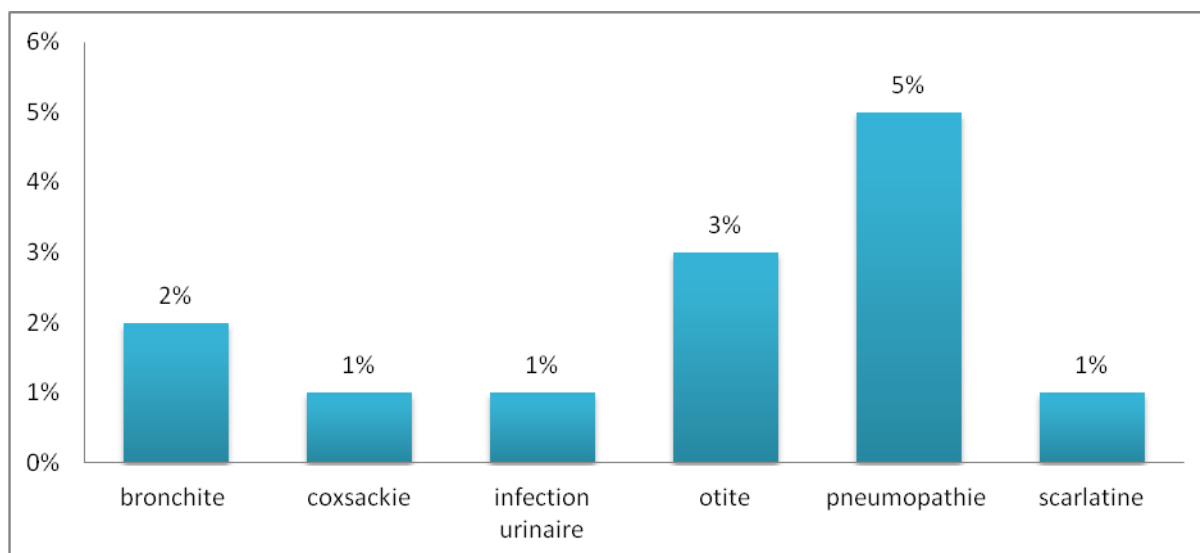


Tableau 21: *résultats de consultation énoncés pouvant correspondre à un tableau de maladie*

Dix-sept consultations ont abouti à un résultat de consultation pouvant correspondre à un tableau de maladie tels que « otite », « scarlatine », « infection urinaire », ou encore « pneumopathie ».

On constate que ces résultats de consultation sont faits le plus souvent chez des enfants et que les signes associés les plus observés sont l'abattement, l'obstruction nasale, la toux, la douleur abdominale et les selles molles.

On retrouve là encore **les médecins 2/ 4** ainsi que **l'interne 7** (cf. prise en charge par médecins/internes) mais aussi **le médecin 3** et **l'interne 8** à l'origine des ces résultats de consultation pouvant correspondre à un tableau de maladie.

Par ailleurs, parmi ces consultations, on retrouve **100% de prescription médicamenteuse, plus de prescription d'antibiotiques (29% vs 10%), plus de prescription d'examens complémentaires (24% vs 13%), des patients très satisfaits (100%)**. En revanche, les avis spécialisés ne sont pas plus demandés (6% vs 5%) et les professionnels de santé semblent un peu moins satisfaits (11% vs 7%).

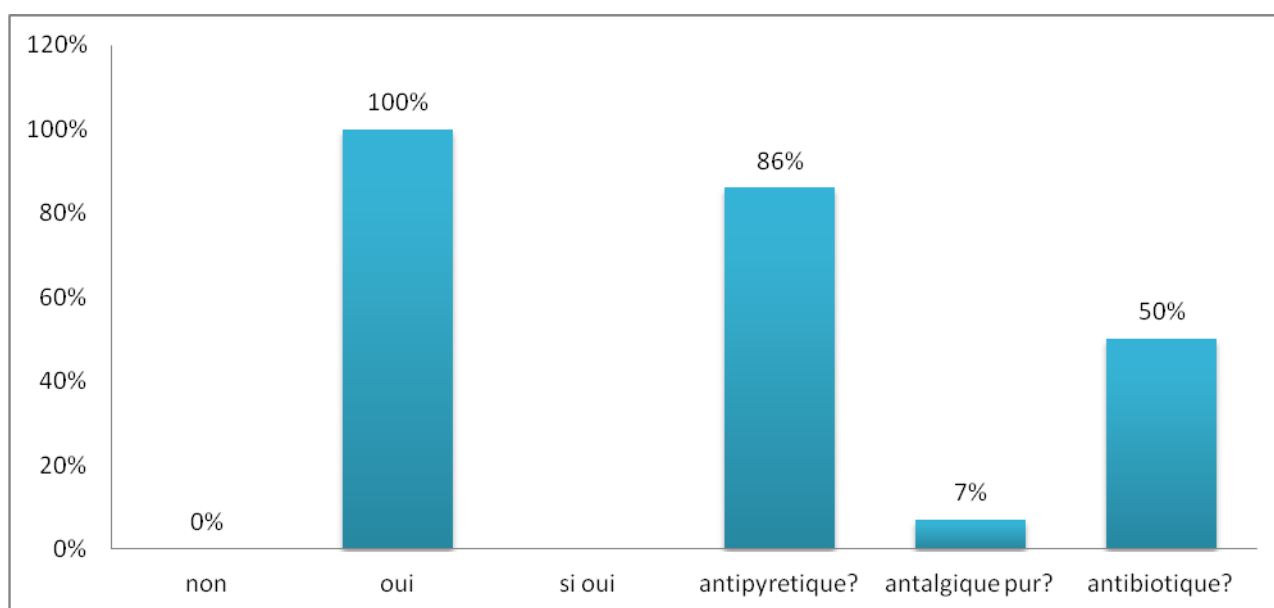


Tableau 22: la prescription médicamenteuse dans les cas où le résultat de consultation énoncé peut correspondre à un tableau de maladie

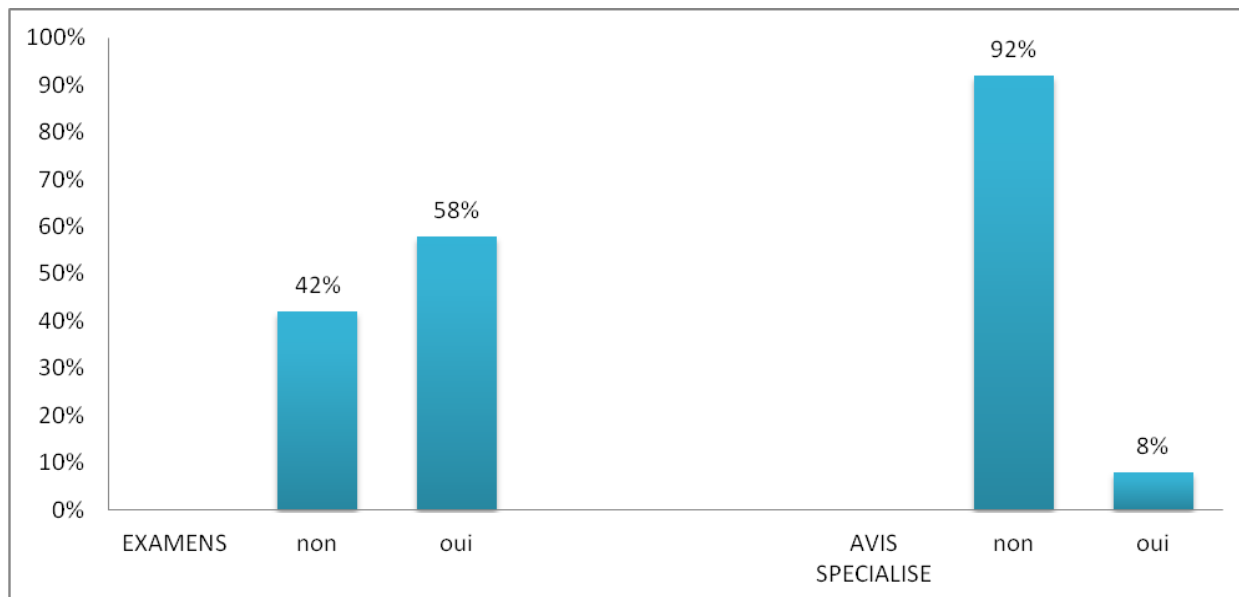


Tableau 23 : la prescription d'examens complémentaires et avis spécialisés dans le cas où le résultat de consultation peut correspondre à un tableau de maladie

c) RC chez les internes

Cinquante-deux consultations ont été recueillies par les internes (soit 42% des consultations). Parmi ces consultations, **42** ont abouti à un RC dont **6** pouvant correspondre à un tableau de maladie. Parmi les sept types de résultats de consultation où il figure une interrogation (grippe ? syndrome grippal ? probable grippe, grippe avec possible surinfection etc.), **5 sont employés par les internes soit environ 75%**. Les RC les plus retrouvés sont la « grippe » (40%), la « virose » (14%), la « rhino » (7%), la « gastroentérite (GEA) » (7%) et le « syndrome grippal » (7%).

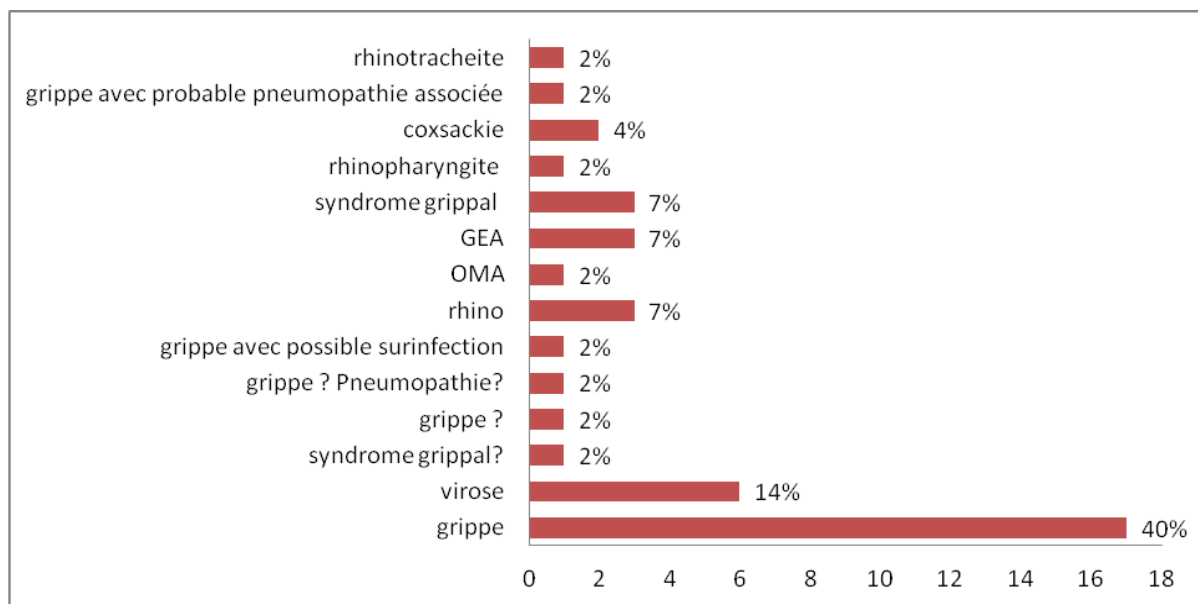


Tableau 24 : les résultats de consultation chez les internes

d) RC chez les médecins

Soixante cent douze consultations ont été recueillies par les médecins dont **cinquante huit** ont abouti à un résultat de consultation. Nous constatons que **onze consultations** ont été à l'origine d'un RC pouvant correspondre à un tableau de maladie (sur les 17 consultations concernées).

Les RC les plus importants restent la « grippe » (36%), la « virose » (7%), le « syndrome grippal » (7%), la « gastroentérite » (5%) et la « rhino » (5%).

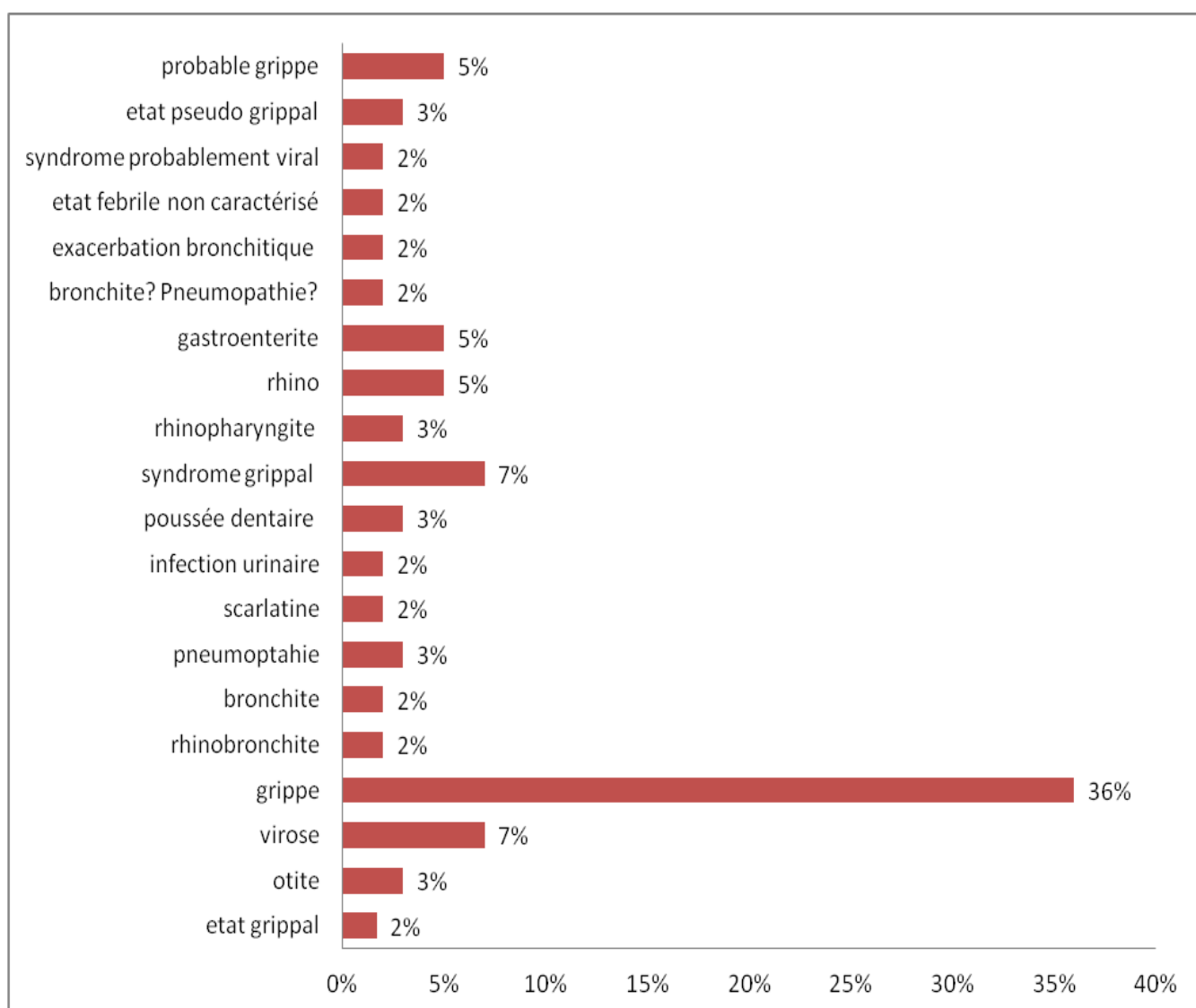


Tableau 25 : les résultats de consultation chez les médecins

V. DISCUSSION

1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

a) Les biais de l'étude

Il existe plusieurs biais dans notre travail :

- Manque de représentativité

Il s'agit d'une étude observationnelle qui fait que nos résultats ne sont pas représentatifs.

Néanmoins 124 cas ont pu être recueillis ce qui constitue une population correct.

- Données manquantes

Il existe un biais du fait de la présence de données manquantes. Il est vrai que nous aurions pu enlever les cas où apparaissaient des données manquantes mais il ne s'agit pas de données obligatoires pour le reste de l'étude.

- Biais d'appréciation

Par ailleurs il y a un autre biais car la satisfaction du patient est évaluée par le médecin ou l'interne et non pas par le patient lui-même.

- Biais de sélection et de recrutement

Il existe également un biais de sélection et de recrutement dans le sens où les données sont recueillies par des médecins maitre de stage qui d'une part, ont une patientèle qui n'est pas forcément représentative de l'ensemble de la population et d'autre part, sont plus motivés à répondre aux questionnaires.

- Conditions de prise de la température

Elles peuvent constituer un biais car :

1) la température peut être prise par le médecin au cabinet

2) la température peut être rapportée par le patient

3) la méthode de mesure n'est pas toujours fiable et représentative de la température interne (thermomètre tympanique, à infrarouge etc.)

b) Les limites de l'étude

Plusieurs points peuvent être discutés.

La faculté d'origine des médecins et internes auraient pu être précisée.

Le mode d'exercice purement libéral ou mixte ou le fait que le patient soit vu pour la première fois ou pas ou encore que le médecin ou l'interne consulte avec ou sans rendez-vous auraient également pu être renseignés.

L'étude aurait pu être plus longue pour étudier l'impact de la période d'été sur la prise en charge.

Malgré toutes ces remarques, les résultats de cette étude permettent d'alimenter la présentation de concepts et les propositions pour améliorer la qualité des soins.

2. SYNTHESE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES

a) Rappels des principaux résultats et comparaison aux autres études

➤ Les caractéristiques des consultations

Soixante pour cent des consultations concernent **des enfants**.

Pourquoi plus d'enfants ?

Cela confirme les données de l'Observatoire de Médecine Générale au travers de la thèse écrite par Marine DE CHEFDEBIEN en 2013 qui montre que la moitié des consultations pour infection aigue concerne les enfants. En effet, l'état fébrile chez les plus petits entraine plus d'inquiétude chez les parents qui consultent donc plus souvent. Les infections aiguës à répétitions le plus souvent ORL leur permettent d'acquérir leur immunité notamment la première année [28].

Une étude en 2007 de la DRESS a présenté une typologie des consultations des enfants en Médecine Générale : plusieurs groupes ont été définis dont le groupe 8 qui s'intitule *autres affections aiguës urgentes {douleur abdominale et état fébrile}* dans lequel l'état fébrile concerne 64.7% des consultations ce qui corrobore nos résultats ; par ailleurs la consommation d'antibiotiques retrouvée est de 14% ce qui est aussi un résultat similaire au notre (cf. paragraphe prescription médicamenteuse). Il est aussi rapporté que le groupe 8 est inhomogène du point de vue des « diagnostics » avec des résultats très diversifiés ce qui reflète l'incertitude. Cette notion est justement celle sur laquelle porte notre travail [29].

L'étude d'Elisabeth GRIOT portant sur la période entre 1994 et 1995 à partir des données du réseau de La SFMG, a aussi montré que le résultat de consultation « état fébrile » est prépondérant chez les enfants [30].

Soixante huit pour cent des consultations concernent des **fièvres dites modérées**.

Pourquoi une température inférieure à 39°C ?

Les parents n'attendent pas de constater une fièvre élevée chez les tous petits : peur d'une infection grave ? Besoin de se rassurer ? Peur des convulsions hyperthermiques ? Peur qu'il ait mal sans pouvoir l'exprimer à cet âge ?

Cela est confirmé par les données d'une thèse écrite par Sandrine JOUANNETAUD en 2011 qui montrent que les jeunes parents (surtout quand il s'agit d'un premier enfant) consultent assez vite dès le premier jour de fièvre. Soixante seize pour cent des parents consultent au bout de moins de deux jours de fièvre, dont 24% dans les douze heures suivants le début de la fièvre [31]. Cela concernait les enfants qui se rendent aux urgences pédiatriques mais on peut imaginer que la situation soit similaire en médecine de ville.

Le médecin n°5 ainsi que l'interne n° 9 ont surtout des **adultes**.

y- a-t-il des conséquences ?

Le médecin n°5 prescrit beaucoup moins de médicaments que les autres : le fait d'avoir des adultes en face de soi participe à la prescription plus modérée de traitement médicamenteux notamment antibiotiques mais aussi moins d'examens complémentaires et d'avis spécialisés.

On retrouve des résultats différents en ce qui concerne l'interne n° 9 qui prescrit un traitement médicamenteux, des examens complémentaires et énonce moins de résultat de consultation : cela peut être le reflet du manque d'assurance que peut ressentir l'interne ou le jeune médecin en début d'activité libérale (nouveau stage, peur de décevoir, prescrire des examens complémentaires en attendant, prescrire pour se rassurer, nouveaux patients).

Au total : **plus la température est élevée, plus on prescrit d'antibiotiques, d'examens complémentaires, d'avis spécialisés et moins la satisfaction des patients est bonne**. A contrario, chez les médecins , plus l'état fébrile concerne **des adultes** plus la prescription de traitement médicamenteux, avis spécialisés et examens complémentaires est **modérée**.

➤ Les signes non caractéristiques

On constate que **plus il y a de signes non caractéristiques**, moins le résultat de consultation **est énoncé** et **moins le médecin est satisfait**.

C'est un résultat intéressant car il met en évidence cette problématique autour des *états fébriles non caractéristiques* : plus il y a de signes qui ne sont pas caractéristiques d'une pathologie donnée, moins le médecin ou interne sera à l'aise pour expliquer au patient son état et plus il sera insatisfait de sa prise en charge.

C'est la raison pour laquelle des outils sont nécessaires pour y faire face.

Il est étonnant de voir que les signes rapportés ne sont pas prédictifs du résultat de consultation énoncé et de la prise en charge apportée. Que ce soit dans l'hypothèse d'une grippe, d'une virose ou d'une rhinopharyngite, on a à la fois, un état vertigineux (plus malaise général que vertige vrai probablement), des signes pharyngés non caractéristiques, des douleurs sinusiennes mais aussi des vomissements (après effort de toux ?) ou des douleurs abdominales. La présence de signes fonctionnels urinaires n'entraîne pas forcément de diagnostic d'infection urinaire.

Seul pour l'interne n° 8, les vomissements étaient plus présents car il a énoncé plus de résultat de consultation « gastro-entérite ».

➤ La prescription médicamenteuse

Les consultations aboutissent très souvent à une prescription médicamenteuse **dont dix pour cent d'antibiotiques**.

Chez les **enfants**, ce pourcentage augmente encore pour passer de dix à **quinze pour cent d'antibiotiques**.

Comme vu précédemment dans l'étude de la DRESS de 2007, les auteurs déclarent que la consommation d'antibiotiques chez les enfants est de près de 14% [29].

Dans l'étude de l'AFSSAPS en juin 2011, il a été montré que 71.7% des antibiotiques sont prescrits par les médecins généralistes [32].

Dans les années 80, la consommation d'antibiotiques se chiffre à près de 27% et une étude de l'IRDES montre qu'en 2002, les jeunes enfants de moins de 6 ans totalisent une consommation de 21% d'antibiotiques prescrits par les médecins généralistes [33].

Au début des années 2000, 100 millions de prescription par an d'antibiotiques ont été données [34].

Des progrès ont été faits : c'est ce que révèle une récente étude de l'ANSM en juin 2013 qui montre une diminution de 16% de cette consommation entre 2000 et 2012 (15 à 20% de la consommation en ville) grâce notamment au plan 2011-2016 lancé par le ministère de la santé. Néanmoins la France reste le pays le plus grand consommateur d'antibiotiques en Europe [35].

Quels sont les déterminants à la prescription d'antibiotiques ?

A notre sens, l'état général du patient, son jeune âge, la présence de comorbidités (prévention des complications ?), l'aspect purulent des sécrétions (bien qu'il ne préjuge pas du caractère bactérien), le moment de consultation, le jour de consultation (ce n'est pas la même chose le vendredi, veille du week-end...), la pression des patients et des parents peuvent influencer la prescription d'antibiotiques. De même, l'âge du médecin, le besoin de se rassurer face à l'incertitude diagnostique que cela entraîne, la crédibilité face au patient peuvent entrer en compte. Par ailleurs, les difficultés techniques (TDR plus difficile chez un jeune enfant, tympan mal vu etc.) et la disponibilité des laboratoires et centres d'imagerie (ECBU, NFS, CRP, radiographie de thorax etc.) peuvent aussi faire pencher la balance vers une prescription plus facile d'antibiotiques, pas toujours justifiée.

En partant de la constatation qu'il existe en France une discordance entre pratiques professionnelles et recommandations concernant la prescription des antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales et devant l'augmentation de l'antibiorésistance, le groupe de l'étude PAAIR 1 en 2001 (acronyme pour Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires hautes et basses en médecine générale) s'est posé la question de définir les raisons profondes qui poussent les généralistes à prescrire des antibiotiques dans les infections respiratoires présumées virales afin d'en déduire des stratégies pour ne pas prescrire. Les auteurs ont utilisé la technique de « l'incident critique »

(favorable ou défavorable) qui correspond à une situation clinique complexe pour laquelle la non prescription d'antibiotiques n'est pas évidente du fait de l'apparition d'un événement qui peut rendre cette décision problématique. Ils ont également utilisé des entretiens collectifs dans le cadre de la théorie du « praticien réflexif ». Les principaux résultats quantitatifs et qualitatifs montrent que la prescription est significativement plus importante en cas de faible certitude des médecins de l'origine virale ou lorsque le patient est considéré comme fatigué ou « à risque » [36].

Ce résultat est valable aussi dans notre étude puisque parmi les consultations ayant abouti à une prescription d'antibiotiques, on note que l'altération de l'état général figure parmi les signes fréquemment retrouvés et dans un commentaire de l'interne n°6, il est noté « 3^e récurrence de bronchite sur terrain asthmatique ».

Encore faut-il que la pathologie asthmatique soit bien considérée comme un facteur de risque à prendre en compte pour la prescription d'antibiotiques. Lorsque l'on regarde dans les recommandations du collège des enseignants de maladies infectieuses, les facteurs de risque énumérés dans la prise en charge de la fièvre ne tiennent pas compte de l'asthme [1].

Dans l'étude PAAIR, les auteurs ont aussi remarqué que la perception de « patients à risque » débordait largement les facteurs de risque habituellement admis en infectiologie.

La pression des malades, le manque de temps et la fatigue du médecin sont des indicateurs en faveur d'une évolution défavorable de l'incident critique. Ils ont ainsi identifié 11 situations à risque de prescription inadaptée d'antibiotiques.

Les médecins se sentaient « dévalorisés d'avoir échoué à ne pas prescrire ». En cas d'expériences passées où le médecin avait prescrit un antibiotique sans argumentation bien définie, il pourrait alors se trouver en concurrence avec sa propre pratique et aura du mal à ne pas prescrire encore une fois. Lorsque le traitement était déjà commencé ou lorsqu'il s'agit du 2^e ou 3^e contact le médecin sera aussi confronté à un incident critique défavorable.

Dans l'étude PAAIR, les stratégies mises en œuvre pour ne pas prescrire ont été une explication claire aux patients en insistant bien sur l'examen clinique (commenté à chaque étape), « négocier » les traitements symptomatiques contre les antibiotiques, une proposition de surveillance et la prescription différée. Il est également ressorti, bien que statistiquement non significatif, que les représentations des patients vis-à-vis des

antibiotiques mais aussi les représentations des médecins eux mêmes étaient importantes à prendre en compte pour la mise en place des stratégies [36].

L'étude PAAIR 2 est venue conforter les premiers résultats obtenus à plus grande échelle.

Une étude de la SFMG, à partir des données de l'OMG en 2007 s'est intéressée à la prescription d'antibiotiques dans l'angine. Il a été montré que sur les 53% des cas où un antibiotique a été prescrit, la moitié n'était pas justifiée. Il en ressort qu'une description clinique complète et des scores comme le Mac Isaac pourrait permettre de réduire la prescription non justifiée [37].

Dans un article de la revue du praticien en 2004, le Dr AUBERT rappelle quelques outils pour réduire la prescription d'antibiotiques tels que la sensibilisation des prescripteurs aux recommandations (notamment à l'aide de la visite confraternelle), l'utilisation d'outils d'aide à la décision diagnostique (score clinique, TDR etc.), l'analyse des incidents critiques comme dans l'étude PAAIR, l'utilisation dans certains cas de la prescription différée, l'apport des documents d'information aux patients et le renforcement des stratégies vaccinales [38].

Dans notre étude, plus la température est élevée, plus le médecin ou l'interne redoute une pathologie plus grave ou est moins sûr de lui d'où la prescription d'antibiotiques, d'examens complémentaires voire d'avis spécialisés. Pense-t-ils à une angine devant des signes pharyngés ?, une méningite devant des vomissements ?, une appendicite devant une douleur abdominale ? L'état vertigineux est-il interprété comme un malaise général et est donc ressenti comme plus grave ? Tant de questions qui hantent chacun de nous et qui mettent en relief notre difficulté devant cette situation. Mais traiter par des antibiotiques un état pathologique que l'on ne maîtrise pas, même avec une température dépassant 39°C pour « se rassurer » n'est pas la solution. Elle est source de résistances bactériennes, d'habitude par les patients de consommation d'antibiotiques (sorte de « médicament magique ») et d'un coût élevé de Santé Publique.

Plusieurs commentaires ont attiré notre attention dans les cas où il y a eu une prescription d'antibiotiques :

- « *peu de signe clinique, je ne l'ai pas trouvé très encombré, amoxicilline au cas où cela persistait, tympan congestifs* » en parlant d'un résultat de consultation de « rhino » chez un enfant de 1 an.
- « *venu déjà il y a 5 jours ; amoxicilline car rhinorrhée verdâtre; je lui ai dis de le prendre si toujours fébrile dans 2 jours* » en parlant de « grippe avec possible surinfection » chez un enfant de 5 ans.

Cela reflète encore une fois le manque d'assurance et le doute chez les internes et les médecins face à cette situation d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un enfant. La prescription différée est utilisée dans ce cas car il existe un doute sur une pathologie d'origine bactérienne mais cela reste une prescription tout de même avec l'impossibilité de contrôler si les antibiotiques ont été finalement pris. La coloration des sécrétions nasales est donnée comme argument pour justifier une antibiothérapie : or un article dans la revue COCHRANE en 2013 a rappelé l'inutilité de la prise d'antibiotiques dans la rhinite purulente aiguë persistante [39].

Le « peu de signe clinique » renvoie probablement à la notion d'*état fébrile non caractéristique* que nous traitons dans l'étude.

Une thèse récente écrite par Julien MARC et Adela GHEZ en 2013 dans la région de Grenoble a étudié qualitativement la prescription différée. Leurs conclusions sont que, bien que la prescription différée soit largement utilisée à l'étranger, elle n'en reste pas moins une prescription d'antibiotiques qui est utilisée de manière empirique par les médecins français. Elle témoigne du doute et de l'incertitude dans certaines situations : les auteurs précisent que « les médecins, confrontés au probabilisme inhérent à la Médecine Générale et à l'anxiété communicative des patients se retrouvent dans des situations de doute, où le risque de prescrire grandit ». Ils rajoutent que la prescription différée d'antibiotiques est une « pratique complexe, culpabilisante pour les médecins car difficilement compatible avec le maintien d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique rigoureuse » [40].

Le médecin n° 2 est celui qui prescrit le plus d'antibiotiques et le médecin n°5 celui qui prescrit le moins de traitement médicamenteux.

Le médecin n°2 exerce seul dans son cabinet, ne possède pas de secrétariat médical et est le médecin le plus âgé. Au contraire, le médecin n°5 exerce dans un cabinet de groupe et dispose d'un secrétariat.

On voit ici que le contexte dans lequel nous travaillons peut modifier notre façon de prendre en charge les patients. En effet on peut imaginer que le médecin travaillant seul est seul face à la pression de ses patients, face au manque de temps ou à la pression des demandes téléphoniques. Il cédera peut être plus facilement à donner des antibiotiques. Par ailleurs, les référentiels médicaux changent avec le temps et les études cliniques, donc un médecin plus âgé, s'il ne se donne pas la peine de lire les nouvelles recommandations, risquera de prendre en charge les patients de manière erronée.

Par ailleurs, nous remarquons que les consultations du soir n'aboutissent pas forcément à plus de prescription médicamenteuse notamment d'antibiotiques contrairement à ce que l'on peut penser bien que nos résultats ne soient pas représentatifs.

D'autre part, nous constatons qu'à plusieurs reprises une prescription d'aspirine a été donnée dans les cas de résultats de consultation de « virose », « état grippal » et « grippe » ce qui suggère des prises en charge différentes pour un même résultat de consultation (ici *état fébrile non caractéristique*).

Il n'est pas anodin de prescrire de l'aspirine dans un état fébrile : c'est ce que rappelle Cécile MICHEL dans une thèse (revue de la littérature) en 2011 sur la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens à visée antipyrétique. En effet, outre les effets secondaires digestifs, hémorragiques et rénaux, son utilisation a été restreinte depuis la survenue de cas exceptionnels de syndrome de Reye (encéphalopathie et cytolyse hépatique souvent mortelle) au décours d'infection virale notamment la grippe avec la prescription d'aspirine. Il est aussi responsable de certaines maladies métaboliques et de surinfection à streptocoque A au décours d'une varicelle. D'autre part, l'étude montre aussi qu'il n'est pas indispensable de traiter (même avec le paracétamol) toute fièvre car elle a un rôle de défense dans les processus infectieux [41].

Nous remarquons aussi que d'autres traitements comme les antitussifs ou les corticoïdes ont été utilisés malgré les recommandations de restriction de ces traitements (notamment chez l'enfant) ce qui conforte bien les différences de prise en charge de cette entité qui nous met mal à l'aise.

➤ *La prescription d'avis spécialisés et d'examens complémentaires*

Les examens complémentaires sont prescrits dans **treize pour cent des cas, notamment lorsque l'état fébrile est élevé.**

Cinq pour cent des consultations aboutissent à une **prescription d'avis spécialisés, deux fois plus chez les enfants.**

Dans l'étude de la DRESS de 2007, les examens complémentaires et avis spécialisés (appelés *confirmation* dans l'étude) chez les enfants ont concerné 16% des consultations dans le groupe *état fébrile* [29]. Dans notre étude ce taux a été de 13% en couplant avis spécialisés et examens complémentaires.

Une thèse écrite par Latifa SENOUS PETITJEAN en 2000 a montré que les examens biologiques et radiologiques pour toutes consultations confondues à Paris, étaient de 22% et 9% respectivement. Les avis spécialisés concernaient 5% des consultations [42].

Dans le cas de notre étude, les avis spécialisés et les examens complémentaires sont faits le plus souvent lorsque l'état clinique du patient montre une altération de l'état général, que le patient est plus jeune, que la fièvre est dite prolongée, qu'il existe des comorbidités (terrain asthmatique, BPCO) ou que l'on pense mettre en évidence une pathologie bien caractérisée (pneumopathie, scarlatine, infection urinaire...).

La fièvre prolongée a été définie de plusieurs façons : tantôt supérieure à 3 jours, tantôt supérieure à 5 jours.

Au travers de la diversité des définitions d'une fièvre prolongée pour justifier une prescription médicamenteuse, nous remarquons qu'il existe bien une difficulté face à cet état.

Par ailleurs, il est étonnant de constater que, parmi les consultations ayant abouti à une prescription d'antibiotiques, les examens complémentaires sont beaucoup plus demandés. C'est comme si devant cet état que nous ne comprenons pas, on prescrit à la fois des antibiotiques et des examens complémentaires pour se rassurer ou « au cas où.. ».

Plusieurs commentaires ont attiré notre attention : « *prescription d'examens complémentaires car pauci symptomatique...* » ou « *oubli de la radio de thorax, patiente reconvoquée...* » ou encore « *fièvre inexpliquée* ».

Tout ceci montre la divergence de prise en charge des médecins et internes devant cet *état fébrile non caractéristique* : le fait de n'avoir que peu de symptômes (peu spécifiques) peut mettre en difficulté avec comme conséquence la prescription d'examens complémentaires pouvant être inutiles et coûteux ; faut-il faire une radiographie de thorax à toutes les toux fébriles non caractéristiques ? Le terme « fièvre inexpliquée » peut justement se rapporter à cet *état fébrile non caractéristique* (fièvre ne pouvant se rapporter à une pathologie précise telle définie dans les différentes classifications).

Parmi les consultations où il y a eu à la fois une prescription d'avis spécialisés et d'examens complémentaires, on constate que parmi les signes les plus retrouvés, on a la douleur abdominale : est-ce par crainte d'une pathologie chirurgicale que cette prescription a été motivée ?

Une thèse écrite en 2012 par Jessica KECHICHIAN de la faculté de Paris-Diderot, a étudié les raisons du recours aux urgences pédiatriques en se basant sur les données du réseau Sentinelles. En ce qui concerne l'état fébrile, plusieurs hypothèses ont été décrites pour comprendre l'augmentation du nombre de recours aux urgences pédiatriques (20 à 30 % de l'ensemble des urgences) telles que la diminution du nombre de pédiatres de ville et le caractère inquiétant de la fièvre pour les parents [43].

Dans le même esprit, dans la thèse de Sandrine JOUANNETAUD, il est montré que les parents consultent aux urgences pédiatriques car ils estiment que l'état de leur enfant est « grave », ils préfèrent que leur enfant passe des examens complémentaires rapidement pensant que ces examens peuvent faire un « diagnostic précis » ou parce que leur inquiétude est trop grande. Quatre vingt cinq pour cent des patients consultent sans avoir vu leur médecin traitant avant, 43% de ceux ayant déjà consulté sont adressés aux urgences

pédiatriques pour second avis ou pour examens complémentaires et 6% des patients se rendent aux urgences car la fièvre persiste après un traitement symptomatique prescrit [31].

Le Pr HONNORAT en 2008, attirait l'attention sur la dangerosité de prescrire des examens complémentaires à des patients « qui n'ont rien ». Il écrit : « on est donc amené à rencontrer des malades qui n'ont rien » (...) « ces malades, non seulement demandent autre chose, mais encore n'offrent en contrepartie de leur demande aucun de ces signes physiques, de ces signes objectifs auxquels le médecin a été conditionné à se référer. L'examen clinique ne révèle aucune manifestation lésionnelle localisée, aucune perturbation d'un grand système anatomique ou d'un grand appareil physiologique. Dans le doute, nous allons demander des épreuves complémentaires: dosages biologiques, explorations radiologiques ». On estime que 30% des examens complémentaires sont inutiles en médecine générale [44].

➤ L'annonce du résultat de consultation

Le résultat de consultation est souvent énoncé dont **quarante et un pour cent** seulement à la demande du patient.

L'annonce du RC peut se faire par le médecin pour « prouver qu'il sait » (sorte de toute puissance du médecin) ou pour se rassurer ou encore pour favoriser l'alliance thérapeutique (peur que l'absence de « diagnostic » entraîne une anxiété trop importante chez son patient).

Lorsqu'on énonce un RC, on constate que la prise en charge est la même en terme de médicaments, avis spécialisés et examens complémentaires.

Cela ne semble donc pas avoir de répercussion, comme si le fait d'énoncer un RC pouvait créer un état de confiance (à tort ?) voire une fermeture pour la suite de la prise en charge.

Dans le cas où il choisit de ne pas donner de RC, cela peut être parce que les signes ne sont pas spécifiques d'une pathologie déterminée, il veut attendre de suivre l'évolution ou a besoin d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés avant de se prononcer.

C'est le reflet de l'incertitude et du doute du médecin ou interne qui a besoin de mettre un nom sur l'état fébrile qu'il rencontre. Pense t'il que le patient attend de lui forcément un « diagnostic » ? Durant nos études du deuxième cycle, l'ensemble des symptômes se regroupe en syndrome qui conduit à un diagnostic pour entrainer une prise en charge : il s'agit là d'une réflexion hospitalière différente de celle de la médecine ambulatoire.

Parmi les consultations ayant abouti à une prescription d'antibiotiques, l'annonce du RC est moins souvent faite : là encore le manque d'assurance du jeune médecin ou interne poussera à prescrire un antibiotique sans avoir identifié clairement la situation.

➤ Le sentiment de satisfaction

Dix pour cent des patients et **sept pour cent** des médecins et internes restent insatisfaits.

Les cas de non satisfaction chez les médecins et internes peuvent être en rapport avec l'absence de « diagnostic » et l'incertitude difficile à gérer, la pression des patients pour avoir des antibiotiques, les avis spécialisés demandés (passer la main...), les outils manquants pour prendre en charges cet *état fébrile non caractéristique*.

Les patients non satisfaits de la consultation sont peut être ceux n'ayant pas eu de traitement comme par exemple les antibiotiques ou ceux n'ayant pas eu de RC énoncé. On le voit notamment chez le médecin n°5 qui prescrit le moins de traitement et qui a la part de patients insatisfaits la plus importante.

Au niveau des patients :

Dans notre étude, il est noté que les patients semblent moins satisfaits parce qu'ils avaient voulu des antibiotiques dans une large majorité, qu'ils attendent un « diagnostic », qu'ils consultent pour la troisième fois ou lorsque des examens complémentaires sont prescrits (souhait d'un traitement immédiat ?)

Dans l'étude PAAIR, les auteurs montrent qu'en cas de prescription, aucun malade n'est insatisfait. A l'inverse en cas de non-prescription, une partie non négligeable semble mitigée voire mécontente [36].

Une enquête de satisfaction en 2007 dans une maison médicale en Belgique a montré que le taux de satisfaction globale au sortir des consultations de médecine générale était de 87.6% [45]. Ce taux important a suscité un étonnement car il est très bon et l'explication donnée est qu'il pouvait y avoir quelques biais.

Une étude de la DRESS en 2008, a montré que près de 89 % des patients se disent satisfaits de la prise en charge lors des consultations urgentes et non programmées comme c'est souvent le cas dans les consultations pour fièvre [46].

Dans un article de la revue du praticien en 2003, le Dr DEDIANNE a étudié la relation médecin-patients en soins primaires dans une investigation par la méthode qualitative des *focus groups*. L'objectif de l'étude est de comprendre les déterminants de la satisfaction du patient dans le système ambulatoire et d'évaluer les critères de la qualité dans la relation médecin-malade. L'étude retrouve que la satisfaction des patients dépend de plusieurs critères tels que l'écoute, les compétences professionnelles, l'expérience du médecin, sa disponibilité, l'évolution de la relation paternaliste vers un partenariat. Les patients interrogés ont précisé qu'ils « souhaitent connaître le diagnostic, c'est-à-dire qu'il soit nommé » [47].

Au niveau des médecins :

Dans notre étude, les médecins et internes semblent moins satisfaits car les patients attendaient d'eux des antibiotiques, qu'ils consultaient pour la nième fois ou encore qu'ils présentaient une otalgie fréquente ou un terrain asthmatique ce qui pouvaient les « pousser » à mettre plus d'antibiotiques.

L'étude BAROMETRE SANTE de l'INPES en 2009 a interrogé les médecins généralistes sur leur satisfaction professionnelle. Les auteurs ont retrouvés un taux de satisfaction globale de 81.9% dont 62.5% qui déclaraient être « plutôt » satisfaits [48].

Une autre étude menée par la DRESS en 2007 a estimé à 75.8% le taux de satisfaction des médecins dans leur profession. Il a été montré que le niveau de satisfaction ne dépend pas de la région, qu'il s'érode avec le temps, qu'il est plus important dans le secteur 2, qu'il dépend de la durée du travail et du nombre d'actes, qu'il diminue avec l'augmentation de la proportion de patients âgés et qu'il est plus important si le travail est fait en association [49].

Une étude qualitative Franco-belge écrite par DORY V. et al parue dans la revue EXERCER en 2009 a comparé la vision des médecins généralistes de la Médecine Générale à celle proposée par la profession (définition de la WONCA notamment). La méthode des *focus group* a été utilisée. Il a été montré que la satisfaction des médecins dépend de la lourdeur des tâches et de la relation médecin-malade. Les médecins cherchent des modes de pratique permettant de concilier des soins de qualité pour les patients et une qualité de vie pour les médecins [50].

➤ Les résultats de consultation

Vingt sept types de résultats de consultation ont été employés dans les cent consultations où un RC a été émis.

Le plus frappant a été de constater la **dispersion** au niveau de ces résultats de consultation.

En effet prenons l'exemple de la grippe qui a été dénommée sous **dix termes différents** tels que « état grippal », « grippe », « syndrome grippal », « état pseudo grippal », « grippe ? Pneumopathie ? », « Grippe avec possible surinfection ? », « Probable grippe », « grippe ? », « syndrome grippal ? », ou encore « grippe avec probable pneumopathie ? »

De même en ce qui concerne la sphère ORL, **cinq termes différents** ont été utilisés pour dire la même chose comme « rhino », « virose » ou encore « rhinotrachéite ».

Les interrogations concernant les résultats de consultation sont le reflet de l'absence d'assurance face à cet état : le fait de ne pas nommer la même entité entraîne une multitude de prise en charge différente ; les « diagnostics » fermés seront ceux qui seront les plus « à risque » de ne pas être vigilant à une potentielle évolution plus grave.

Nous avons regroupé certains résultats de consultation (six types soit 17 consultations au total) en **résultats de consultation pouvant correspondre à un tableau de maladie** tels que : pneumopathie, scarlatine, bronchite, infection urinaire, coxsackie et otite.

Il s'agit pourtant d'entités pathologiques avec une définition bien précise. Est-ce qu'au moment de l'examen, le médecin ou interne énonce ce résultat de consultation « sans trop y

croire » et par conséquent va donner des antibiotiques et/ou faire des examens complémentaires?

Prenons l'exemple du cas de « scarlatine » : dans notre étude, le cas concerne un enfant de 3 ans avec une fièvre élevée à 39°C, une altération de l'état général et un exanthème. Il s'agit peut-être d'une éruption cutanée qui n'est pas assez caractéristique pour être identifiée comme une véritable scarlatine, le médecin l'a relevé sans grande conviction et pour rassurer les parents, a nommé l'entité « scarlatine » avec une prescription d'antibiotiques qui n'est pas forcément justifiée.

Le terme *état fébrile non caractéristique* avec présence d'une éruption cutanée non caractéristique aurait été plus approprié.

D'autre part, parler de « gastroentérite » devant un état fébrile avec de la diarrhée sans preuve microbiologique pour affirmer ce diagnostic revient finalement à parler de « grippe » ou « état grippal » devant un état fébrile avec abattement et toux. Il s'agit là de la même problématique.

Les résultats de consultation « poussée dentaire » et « coxsackie » sont ambitieux et fermés.

Quelle est la réalité des résultats de consultation « poussée dentaire » ou « coxsackie » ?

Nous avons cherché dans la littérature des études concernant ces deux résultats de consultation :

Un article en 2010 écrit par le Dr BOUFERRACHE en Suisse explique que le mythe de « la poussée dentaire » existe depuis longtemps avec, en 1839, 12% des causes de décès d'enfants de moins de 4 ans attribués à la poussée dentaire ! Les auteurs rajoutent « en 2009, WAKE écrit que la poussée dentaire, comme la colique est une de ces entités non evidence-based pour laquelle les parents reçoivent le plus de conseils... » ; Ils rappellent que la poussée dentaire peut tout au plus être responsable de symptômes locaux mais pas de symptômes généraux comme la fièvre [51].

C'est également le cas dans une autre étude écrite par les Dr RAMOS-JORGE et al publiée dans la revue PEDIATRICS en 2011 qui indique que l'association entre fièvre et poussée dentaire n'est pas statistiquement prouvée [52].

Ce terme de « poussée dentaire » appartient donc à une médecine populaire liée aux représentations que cette éruption dentaire peut avoir notamment sur la relation parents-enfants comme cela est illustré dans une thèse écrite en 2010 par Benoite DENIS à Angers [53].

En ce qui concerne le résultat de consultation « coxsackie », une étude écrite par le Dr LAHLOU en 2001 parue dans une revue de biologie clinique indique que pour porter le diagnostic de syndrome pied-main-bouche lié au virus coxsackie A16, il est nécessaire d'effectuer un prélèvement des vésicules pour ne pas méconnaître d'autres éruptions vésiculeuses comme l'herpes car le tableau clinique peut être atypique. Par ailleurs d'autres entérovirus peuvent donner le même tableau clinique qu'une infection à coxsackievirus [54].

Dans notre étude, deux cas de « coxsackie » sont notés : ils concernent de jeunes enfants avec une fièvre élevée présentant une altération de l'état général, une diarrhée, des vomissements, une toux, une douleur abdominale et des adénopathies. Il n'est pas noté la présence d'éruption cutanée ce qui est étonnant compte tenu de l'affirmation du résultat de consultation « coxsackie ».

Or ce résultat de consultation correspond au syndrome pied-main-bouche qui n'est pas un tableau de maladie mais bien un syndrome.

Mieux vaut donc parler ici *d'état fébrile non caractéristique* avec présence de vésicules.

Quoiqu'il en soit, nous constatons que ces termes « coxsackie » ou « poussée dentaire » ne figurent pas dans le dictionnaire des résultats de consultations. Il en est de même pour le RC « rhinotrachéite ».

Ces résultats de consultation pouvant correspondre à un tableau de maladie sont néanmoins à l'origine **d'une prescription médicamenteuse à chaque fois, de plus de prescription d'antibiotiques et d'examens complémentaires** ainsi que **patients très satisfaits**.

Puisque le médecin ou l'interne pense que l'état clinique qu'il a devant lui correspond à un « diagnostic » bien particulier et fermé, il n'est pas étonnant de voir une prescription d'antibiotiques élevée ainsi que des patients satisfaits, ravis que l'on ait pu résoudre (et nommer!) leur problème rapidement.

Autrement dit, plus **le résultat de consultation est fermé, plus cela entraîne une facilité à donner un traitement** notamment antibiotique et à **prescrire des examens complémentaires** au prix d'un coût élevé en terme de Santé Publique pour un état fébrile qui aurait pu être identifié comme non caractéristique.

➤ Comparaison entre médecins et internes

Nous constatons que les **internes prescrivent plus de traitement médicamenteux** mais ce sont les **médecins qui vont prescrire le plus d'antibiotiques**.

Cela peut s'expliquer par les habitudes de certains médecins à donner plus facilement des antibiotiques avant l'apparition des tests de diagnostic rapide de l'angine par exemple, avant le plan Antibiotique et la constatation d'une augmentation des résistances bactériennes. Par ailleurs dans l'étude PAAIR, certains médecins sont persuadés que l'antibiotique reste un médicament « plus fort » dans certaines pathologies.

Les internes sont un peu plus sensibilisés à la question des « antibiotiques c'est pas automatique » et sont plus formés à l'évidence based-medicine. Ils prescrivent néanmoins plus de traitement car il s'agit d'une réponse à donner au patient pour se rendre peut être plus crédible face à lui.

L'annonce du résultat de consultation se fait le plus **souvent chez l'interne** surtout à **son initiative**. Par contre, la **satisfaction auprès des patients semblent moins bonne chez les internes** alors que la satisfaction chez les médecins et les internes est globalement la **même**.

Le fait d'énoncer un résultat de consultation peut être aussi un autre moyen de « prouver au patient que l'on sait » et il est difficile au début du stage ambulatoire de trouver sa place en tant que médecin et de dire au patient « je ne sais pas ce que vous avez mais je sais ce que vous n'avez pas... ». Ceci s'acquiert avec l'expérience. Le fait de nommer la situation, c'est aussi pouvoir la contrôler. Or en tant qu'interne, une situation que l'on ne peut contrôler est source d'inquiétude surtout au cours du stage de niveau 1. Cela peut se ressentir au travers de comportement un peu maladroit. Le patient peut alors se sentir insatisfait, lui qui vient chercher des réponses rassurantes sur son état de santé qui peut vite juger comme « grave ».

Concernant les résultats de consultation, **plus de la moitié** des différents types de résultats de consultation ont été établis par les internes. Parmi ceux où une interrogation a été figurée, les **trois quarts** ont été émis par les internes. Par contre, parmi les consultations ayant abouti à un résultat de consultation pouvant correspondre à un tableau de maladie, ce sont **surtout les médecins** qui ont émis ces RC.

Tout ceci reflète le manque d'assurance des internes, peu préparés à gérer certaine situation inhérente à la Médecine Générale.

L'incertitude et le doute sont notamment ressentis par les internes au cours du premier stage ambulatoire qui ne se fait, dans certaines facultés, qu'une fois que l'on est entré dans le DES de Médecine Générale.

Le Dr PUEL, dans un article publié dans la revue Le Généraliste en 2012, écrit en parlant d'un interne recevant un enfant de 3 ans avec de la fièvre à 39°C dont les parents sont très inquiets : « et c'est l'interne, d'allure très jeune et timide, qui les reçoit. Pas toujours rassurant. D'autant que le comportement de l'interne, pas rassuré non plus, peut aggraver la lourdeur de la situation compliquée par les hurlements de l'enfant. » [55].

La satisfaction des internes est directement liée à leurs conditions d'apprentissage et à la reconnaissance de la Médecine Générale en tant que spécialité. Trop souvent laissée pour compte dans l'Examen Classant National et avec peu de stages ambulatoires au cours du 2^e cycle des études médicales, elle avait la réputation d'être peu attrayante, médecine de la « bobologie ».

Il faut trouver des outils pour développer les compétences nécessaires pour faire face aux premières consultations. Des progrès ont été faits notamment par le développement des groupes tutorés et des groupes d'échanges de pratiques.

En effet, la thèse de Benjamin DAHAN, en 2009, portant sur l'évaluation de l'adéquation des enseignements proposés par le DES de Médecine Générale de Paris VI et les attentes des étudiants a montré qu'« une approche pédagogique centrée sur les apprentissages et les apprenants n'est bien perçue par ceux-ci que mise en place de façon cohérente, dans des groupes de taille modeste, et dans le cadre d'un apprentissage par problèmes » [56].

L'apprentissage de la notion *d'état fébrile non caractéristique* peut faire partie des ces enseignements que les étudiants attendent.

L'acquisition des compétences permettra non seulement d'aborder plus sereinement la Médecine Générale mais aussi permettra d'éviter le burn out des internes, estimé à 46.5% dans une thèse grenobloise d'Antoine LE TOURNEUR et Valérie KOLMY écrite en 2011 [57].

Mais les différences de prise en charge existent aussi chez les médecins notamment lorsque l'on constate la dispersion des RC donc il est aussi important de former tous les professionnels de santé.

b) Intérêt du travail et conceptualisation

L'intérêt du travail réside dans le fait de conceptualiser une notion que nous rencontrons très souvent en Médecine Générale.

Après l'analyse des résultats, plusieurs facteurs et situations ont été identifiés pouvant influencer la prise en charge de *l'état fébrile non caractéristique* qui n'est pas un état de passage mais bien un résultat de consultation en lui-même.

En effet, nous constatons que *l'état fébrile non caractéristique* :

- Touche souvent les enfants
- Est source d'une grande inquiétude chez les parents notamment
- Est à l'origine d'une importante incertitude « diagnostique » au vu des prises en charge différentes d'un médecin à l'autre
- Peut déstabiliser les internes
- Rend insatisfait les médecins

La prescription médicamenteuse générale va être **plus importante** :

- Lorsque la **température est plus élevée**
- Chez les **internes**

- Lorsque la fièvre est « dite **prolongée** »
- Lorsque le résultat de consultation a été identifié comme pouvant correspondre à **un tableau de maladie**

La prescription d'antibiotiques va être **plus importante** :

- Lorsque **l'état général du patient est altéré**
- Chez les **enfants**
- En cas de **comorbidités**
- Chez **les médecins**
- Lorsque le résultat de consultation a été identifié comme pouvant correspondre à **un tableau de maladie**

Les avis spécialisés sont **plus demandés** :

- Lorsque la **température est plus élevée**
- Chez **les enfants** (deux fois plus)
- Lorsque la fièvre est « dite **prolongée** »
- Lorsque **l'état général du patient est altéré**

Les examens complémentaires sont **plus demandés** :

- Lorsque la **température est plus élevée**
- Lorsque la fièvre est « dite **prolongée** »
- Lorsque le résultat de consultation a été identifié comme pouvant correspondre à **un tableau de maladie**
- Lorsque **l'état général du patient est altéré**

L'annonce du résultat de consultation n'est **pas faite** :

- Lorsque les **signes non caractéristiques sont nombreux**

L'annonce est souvent **faite à l'initiative du médecin et interne**. Les internes sont ceux qui sont à l'origine des résultats de consultation contenant des interrogations.

La satisfaction des patients est **moins bonne** :

- Lorsque la **température est élevée**
- Chez **les internes**

La satisfaction des patients est **meilleure** :

- Lorsque le résultat de consultation a été identifié comme pouvant correspondre à **un tableau de maladie**

La satisfaction des médecins et internes est **moins bonne** :

- Lorsque les **signes non caractéristiques sont nombreux**

Tout ceci est résumé dans le tableau ci-dessous :

LEGENDE COULEUR :

Caractéristiques de la fièvre

Caractéristiques du patient

Caractéristiques du professionnel de santé et de son annonce du résultat de consultation

	Prescription médicamenteuse	Prescription d'antibiotiques	Examens Complément	Avis spécialisés	Annonce du R.C.	Satisfaction patients	Satisfaction Méd. /Int.
<u>Température</u> <u>élevée</u>	OUI (95%)		OUI (21%)	OUI (8%)		NON (13%)	
<u>Fièvre</u> <u>prolongée</u>	OUI (100%)		OUI (100%)	OUI (33%)			
<u>Signes non</u> <u>caractéristiques</u> <u>nombreux</u>					NON (16%)		NON (25%)
<u>Enfants</u>		OUI (15%)		OUI (10%)			
<u>Adultes</u>	NON (12%)						
<u>comorbidités</u>		OUI (33%)					
<u>Altération de</u> <u>l'état général</u>		OUI (15%)	OUI (16%)	OUI (8%)			
<u>« tableau de</u> <u>maladie »</u>	OUI (100%)	OUI (50%)	OUI (57%)			OUI (100%)	
<u>Internes</u>	OUI (90%)				OUI (90%)	NON (13%)	
<u>Médecins</u>		OUI (13%)					

Nous constatons que plusieurs facteurs peuvent influencer la prise en charge de *l'état fébrile non caractéristique* :

- Liés aux caractéristiques de la fièvre : durée, niveau de température et présence importante de signes non caractéristiques
- Liés aux caractéristiques du patient : âge, état général et présence de comorbidités
- Liés aux caractéristiques du professionnel de santé : être médecin ou interne et l'annonce du résultat de consultation qui a été faite.

3. PROPOSITIONS DE STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DE L'ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE EN MEDECINE GENERALE

Nous avons donc identifié plusieurs facteurs pouvant influencer la prise en charge des *états fébriles non caractéristiques* tels que la durée de la fièvre, le niveau de température, le nombre important de signes non caractéristiques, le jeune âge du patient, son état général et ses comorbidités ainsi que des facteurs liés au médecin tels que être médecin ou interne et l'annonce du résultat de consultation qui a été faite .

Plusieurs situations ont également été retrouvées pouvant agir sur la satisfaction du médecin et interne et donc sur la prise en charge.

Déterminants liés au patient :

- Souhaite de manière explicite des antibiotiques
- 2 e ou 3 e contact pour le même épisode
- Nouveau patient
- Souhaite connaître « le diagnostic »
- Souhaite à tout prix des examens complémentaires ou avis spécialisés

Déterminants liés au médecin :

- Perçoit que le patient est fatigué
- Considère que le patient est « à risque »
- Doute du résultat de consultation mais l'annonce quand même au patient pour le rassurer ou se rassurer

- Obstacle de la langue (pas d'investissement pour l'explication de l'état fébrile)

Nous proposons plusieurs stratégies pouvant aider à améliorer la prise en charge des états fébriles non caractéristiques :

- Réassurance des parents et du médecin ou interne devant l'intensité de la fièvre : en effet, comme rappelé dans la première partie, plusieurs études ont montré l'absence de dangerosité d'une fièvre élevée avec l'absence de prévention des convulsions fébriles avec le traitement symptomatique.
- Ne pas prescrire d'emblée des examens complémentaires ou des avis spécialisés devant une fièvre dite « prolongée » : en effet dans la littérature les fièvres dites prolongées sont définies comme plus de 5 jours pour un nourrisson et plus de 15 jours chez un enfant.
- Repérer tôt dans la consultation que le patient souhaite des antibiotiques.
- Décider tôt également de ne pas prescrire des antibiotiques.
- L'examen clinique doit être précis, expliqué étapes par étapes.
- Nommer la situation en tant qu'*état fébrile non caractéristique* et l'expliquer de façon claire.
- Expliquer les risques de parler de « état grippal », « rhino », « virose », « gastro » ou « coxsackie » au lieu d'*état fébrile non caractéristique*.
- Réassurance devant le nombre important de signes non caractéristiques qui ne conditionne pas une prise en charge différente de l'état fébrile.
- Proposition d'une alternative thérapeutique (réévaluation etc).
- Faire face aux attitudes différentes des confrères lorsqu'il s'agit d'un nouveau patient ou lorsque le patient a déjà consulté plusieurs médecins pour le même motif.
- Réassurance devant l'état général du patient ou des comorbidités (exemple de l'asthme qui ne justifie pas forcément des antibiotiques).
- Stratégie de conviction du médecin ou interne qui sait que *l'état fébrile non caractéristique* peut jouer le rôle de « diagnostic ».
- Rôle du maître de stage pour informer ses patients que les internes sont formés pour prendre en charge les patients.

- Introduction de plus de stages ambulatoires dans le 2^e cycle des études médicales et parler de la pathologie indifférenciée notamment sur l'état fébrile tôt dans le cursus universitaire.

Par ailleurs il est nécessaire d'instaurer cette notion dans la formation médicale initiale et continue ainsi que d'inciter au cours des groupes d'échange de pratique d'utiliser le mot *état fébrile non caractéristique* en consultation et l'écrire dans le dossier médical.

Il peut être notamment utile de faire des jeux de rôle comme moyen d'apprentissage de nouvelles compétences.

Nous avons élaboré deux jeux de rôles comme exemple :

JEU DE ROLE N°1

Rôle du patient :

Vous êtes la patiente habituelle de ce médecin et vous amenez votre fils de 2 ans qui a de la fièvre à 39.8°C depuis 2 jours. Il a comme antécédent deux épisodes de bronchiolite dans le plus jeune âge qui a même nécessité une courte hospitalisation l'année dernière ce qui vous a beaucoup marqué avec mise sous corticoïdes, aérosols de bronchodilatateurs et antibiotiques.

Votre enfant tousse depuis plusieurs jours, a le nez qui coule, mange moins bien que d'habitude et la nourrice qui le garde constate qu'il dort plus que d'habitude.

Lorsque le médecin vous parle d'*état fébrile non caractéristique*, vous êtes perplexe, aucun médecin ne vous a parlé de cet état auparavant. Vous lui assurez que l'état de votre enfant est grave, que la fièvre est trop élevée pour que ce soit un état non caractéristique. Vous lui rappelez que la dernière fois on a même dû l'hospitaliser et qu'il faut lui donner un traitement « fort ».

Le médecin vous explique que votre enfant ne présente pas de signes de gravité, qu'il a effectivement de la fièvre à 39°C mais qu'elle n'est pas dangereuse et ne préjuge pas du caractère bactérien ou viral. Il vous assure qu'il n'y a pas de signes de pneumonie ou de bronchiolite. Il vous dit qu'il faut un traitement symptomatique et de la surveillance.

Vous lui dites que vous ne voulez pas aller aux urgences cette nuit et que de toute façon vous avez déjà fait le lavage de nez et donner du paracétamol.

Si le médecin vous propose de le revoir pour le réévaluer vous préférez avoir quand même une prescription d'antibiotiques au cas où la fièvre ne baisse pas dans la nuit.

Rôle du médecin :

Vous êtes le médecin traitant de cette patiente avec laquelle vous avez de bonne relation mais l'enfant est peu suivi au cabinet (suivi conjoint avec le pédiatre). Effectivement, il a présenté une bronchiolite ayant nécessité une courte hospitalisation et vous vous souvenez que la maman en a été affectée. L'enfant n'a pas présenté de récurrence et présente un bon développement d'après le carnet de santé.

Vous examinez avec minutie l'enfant qui a de la fièvre à 39°C, une rhinorrhée claire, des tympanes congestifs, pas de signes de lutte respiratoire, pas de sibilants ni de crépitements à l'auscultation pulmonaire.

Vous expliquez qu'il s'agit d'un *état fébrile non caractéristique*, vous expliquez ce que l'on entend par ce terme c'est-à-dire une fièvre avec des signes non caractéristiques d'une pathologie donnée. Vous expliquez que cela ne va pas forcément évoluer vers une maladie et que dans la majorité des cas cela n'évolue pas. Cela permet d'être vigilant et ne pas donner de « diagnostic fermé » à tort.

Vous repérez tôt qu'elle souhaite des antibiotiques et qu'elle a très peur de la fièvre élevée.

Vous expliquez l'inefficacité des antibiotiques, le risque d'effets secondaires et d'antibiorésistance. Vous lui dites que les antibiotiques ne sont pas les médicaments les « plus forts » et qu'il faut les utiliser à bon escient.

Elle vous reparle de l'épisode de l'hôpital. Vous la rassurez : il ne présente pas de signe de bronchiolite et la rassurez également pour la fièvre élevée sans véritable danger.

Si les arguments ne suffisent pas, vous lui proposez de revoir l'enfant le lendemain pour la rassurer ce qui peut constituer une solution face à cette grande inquiétude.

JEU DE ROLE N°2

Rôle du patient :

Vous êtes une nouvelle patiente du cabinet de 35 ans, sans antécédents hormis un tabagisme actif à 5-10 cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans.

Vous consultez car vous avez de la fièvre à 38.5 depuis hier avec une toux sèche et le nez qui coule un peu.

Votre médecin habituel n'est pas présent aujourd'hui.

Vous êtes ennuyée car c'est l'interne qui vous reçoit et vous avez peur qu'il passe à côté de « quelque chose ».

Une fois l'examen terminé, l'interne vous dit que vous avez une pharyngite non caractéristique, un écoulement postérieur clair et l'auscultation pulmonaire est normale.

Il vous parle d'*état fébrile non caractéristique* et que pour le moment il n'y a pas besoin de traitement.

Vous n'êtes pas très convaincue d'autant que vous craignez qu'il y ait une infection pulmonaire (en effet vous connaissez dans votre entourage une personne qui a été hospitalisée pour pneumonie sévère) ou pire car vous fumez depuis l'âge de 15 ans et vous souhaitez qu'il fasse une radiographie de thorax.

Vous dites qu'avec votre médecin habituel, il vous aurait prescrit une radio des poumons et que vous avez peur qu'il soit trop jeune pour faire le bon « diagnostic ». Vous souhaitez d'ailleurs que le « vrai médecin » vienne vous voir.

Rôle de l'interne :

Vous êtes interne en fin de SASPAS. Vous faites l'interrogatoire de cette nouvelle patiente pour recueillir ses antécédents.

Elle ne semble pas à l'aise avec vous.

Vous l'examinez minutieusement en expliquant ce que vous faites. Vous trouvez effectivement de la fièvre à 38°C, une rhinorrhée postérieure claire, une pharyngite non caractéristique, une auscultation pulmonaire normale et l'absence d'adénopathies.

Vous expliquez qu'il s'agit d'un *état fébrile non caractéristique*, vous expliquez ce que c'est, l'inutilité de faire des examens complémentaires, que ce n'est pas un état de passage mais un vrai «diagnostic ».

Vous parlez des recommandations de bonnes pratiques et du fait que vous avez fait des études comme son médecin traitant et qu'il n'est pas nécessaire d'appeler votre maître de stage.

Vous lui dites que vous êtes à sa disposition pour la revoir si nécessaire.

4. FORCES ET PERSPECTIVES DE PROLONGEMENT DU TRAVAIL

Les forces :

Notre étude est originale car le sujet est peu étudié alors que cette situation est très fréquente en Médecine Générale.

Elle met l'accent sur les divergences de gestion de cet *état fébrile non caractéristique* notamment chez les internes ainsi que la dispersion des résultats de consultation qui participe à des prises en charge différentes.

Elle a la volonté de transmettre des notions utiles aux étudiants et professionnels de santé au travers de propositions de pistes pour améliorer la prise en charge des *états fébriles non caractéristiques*.

Elle met en avant le fait que *l'état fébrile non caractéristique* n'est pas un état de passage mais bien un résultat de consultation dont on peut se servir en consultation pour être plus à l'aise face à cette situation.

Cette entité a été conceptualisée afin de permettre d'utiliser le même mot pour uniformiser notre prise en charge et garder l'esprit ouvert en cas d'évolution défavorable même si cela est rare.

L'intégration de l'apprentissage de cette notion dans les groupes d'échanges de pratiques et dans la formation médicale initiale et continue notamment grâce à des jeux de rôle est nécessaire pour améliorer la prise en charge.

Par ailleurs, ce travail m'a permis de mieux appréhender cet *état fébrile non caractéristique*.

J'ai été amené à utiliser ce terme dans ma pratique quotidienne et je l'écris dans les dossiers médicaux des patients. J'ai été agréablement surprise par le fait que les patients soient satisfaits à condition de leur expliquer minutieusement l'examen clinique et pourquoi je parle d'*état fébrile non caractéristique*.

La thèse contribue également à une modification de la prescription d'antibiotiques qui est un enjeu important de Santé Publique.

Perspectives de prolongement du travail :

Comme rappelé précédemment, nos résultats ne sont pas représentatifs, il serait donc intéressant de refaire cette étude avec un échantillon plus grand voire une étude étendue à plusieurs régions de France et d'analyser les résultats de manière statistique.

Par ailleurs, on pourrait également refaire ce travail en rajoutant les patients qui sont revenus et confirmer que le RC *état fébrile non caractéristique* est stable.

On pourrait aussi analyser l'impact de la formation médicale initiale de l'*état fébrile non caractéristique* sur la prise en charge de l'état fébrile et sur le ressenti des professionnels de santé notamment des internes lors de ces consultations.

Il est aussi possible, en s'inspirant de ce travail, d'étudier d'autres notions comme par exemple *la toux* ou même *la douleur abdominale non caractéristique* car la pathologie indifférenciée en Médecine Générale est très fréquente.

VI. CONCLUSION

Ce travail a permis de conceptualiser une entité que peu de professionnels de santé et étudiants connaissent à savoir *l'état fébrile non caractéristique*. Il est pourtant bien admis que cette situation clinique est très fréquente dans notre pratique quotidienne en Médecine Générale.

Nous mettons l'accent sur une autre notion importante qui est le *résultat de consultation*, terme issu des travaux du médecin autrichien RN BRAUN, qui permet d'identifier la situation avec plus de rigueur que le terme fermé de « diagnostic » qui a une place limitée en Médecine Générale du fait des particularités de cette spécialité.

Après avoir analysé les pratiques des maîtres de stage et internes interrogés dans l'étude, il est apparu important d'apporter des outils pour améliorer la prise en charge de cet *état fébrile non caractéristique*.

En effet, nous avons constaté une grande disparité en termes de prescription médicamenteuse, d'examens complémentaires et d'avis spécialisés mais aussi sur l'annonce du résultat de consultation qui est faite et le sentiment de satisfaction que ce soit du côté des médecins/internes ou celui des patients.

Il est nécessaire d'introduire ce terme dans le langage médical en pratique en consultation et ceci sera rendu possible en faisant l'apprentissage de cette notion dans la formation médicale initiale et continue (groupes d'échanges de pratiques à travers des jeux de rôles par exemple, groupes de pairs, apprentissage par résolution de problèmes, séminaires).

Tout ceci s'inscrit dans une démarche pour harmoniser nos prises en charge, améliorer la qualité des soins et réduire la prescription inappropriée, en particulier des antibiotiques, enjeu important de Santé Publique.

Notre travail montre que *l'état fébrile non caractéristique* n'est pas un état de passage mais bien un résultat de consultation sur lequel les étudiants et les médecins peuvent s'appuyer pour mieux gérer ces situations.

Il nous est apparu important de transmettre ces notions car elles peuvent changer nos pratiques comme j'ai pu en faire l'expérience personnellement, toujours dans ce souci d'améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients.

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques sont notées dans l'ordre d'apparition dans le texte.

[1] CMIT. Chapitre 11 : conduite à tenir devant une fièvre et abord diagnostique.in E.PILLY : Vivactis Plus Ed ; 2010 : pp 108-112

[2] JANNET Agnès, création d'une filière universitaire de médecine générale, inspection générale des affaires sociales et inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, février 2007 disponible sur <http://www.education.gouv.fr/cid4888/creation-de-la-filiere-universitaire-de-medecine-generale.html>

[3] BOUSQUET Marie-Alice, concepts en Médecine Générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline, fiche n° 3 et 4 pp 46-49, Thèse : Médecine : paris VI : 2013

[4] BRAUN RN. Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale. Paris : Payot, 1979

[5] SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE, dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale, révision 2010, n°66-70.Paris : pp VII-XX

[6] Ministère des Affaires sociales et de la santé, fiches n°1-5 : Mesures de la température corporelle, mai 2012 disponible sur :<http://www.sante.gouv.fr/fiches-no-1-5-mesures-de-la-temperature-corporelle.html>

[7] SERMET-GAUDELUS I, la mesure de la température en pratique pédiatrique quotidienne, archives de pédiatrie, 2005, N°1292-1300

[8] AFSSAPS, mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant, 2004

[9] CORRARD F., la revue du praticien médecine générale, respecter la fièvre aigue des nourrissons ? 2013, tome 27 ; n° 895

[10] WYPLOSZ J, la revue du praticien, le thermomètre, 2002, tome 52, pp 125-128

[11] RIEHLING BAUER Emilie, la mesure de la température corporelle par les patients consultants pour une maladie respiratoire et fébrile aigue en période d'épidémie grippale, Thèse : Médecine : Strasbourg : 2013

[12] Dictionnaire LAROUSSE en ligne disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diagnostic/25154>

[13] SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE, la démarche médicale en médecine générale, une réflexion théorique pour des applications pratiques disponible sur :http://www.sfm.org/demarche_medicale/

[14] ABREGES DE MEDECINE GENERALE, CNGE, chapitre 4 : données épidémiologiques en soins primaires, 2^eédition, éd Masson, 2009, Paris, pp 25-30.

[15] Société française de Médecine Générale disponible sur : <http://www.sfmfg.org/presentation/>

[16] R.SOURZAC, G.VERY, LA REVUE DU PRATICIEN, les médecins généralistes sur la voie du même langage (II), le résultat de consultation (définition et nécessité), N°92 de mars 1990, pp 102-103

[17] SFMG, précis d'utilisation du dictionnaire des résultats de consultation, documents de recherche en médecine générale, 2010, paris

[18] Le dictionnaire des résultats de consultations : à quoi ça sert ? Comment ça marche ?, SFMG, 2003, paris

[19] CONGRES DE MEDECINE GENERALE (2;2008 ; Lyon), DUHOT D., GAVID B., FERRU P., RAINERI F., quelle est la variabilité inter-observateur d'identification de situations cliniques standardisées à l'aide du Dictionnaire des résultats de consultation ?, SFMG.

[20] AFSSAPS, recommandation de bonnes pratiques, antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant, novembre 2011

[21]BALLY Klaus, état fébrile sans cause évidente d'emblée au cabinet du généraliste, PRIMARY CARE, 2006: n°14, p273

[22] SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE, concept théorique en Médecine Générale, fiche n° 31 apprivoiser l'inévitable incertitude, extrait de la Thèse de BOUSQUET Marie-Alice, paris, 2013

[23] DUHOT Didier, CLERC Pascal, LA REVUE DU PRATICIEN Médecine Générale, l'incertitude en Médecine Générale : comment la réduire, 2007, N°788/789, tome 21, page 1077.

[24] JOUTEAU Damien, la notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours, pp 177-179, Thèse : médecine : Poitiers : 2011.

[25] HAMOUDI Kamel, La gestion du risque d'erreur diagnostique en soins primaires par les médecins généralistes juniors : une étude clinique exploratoire 54, Thèse : Médecine : Créteil : 2008.

[26] ROSOWSKI Oscar, (traduit et adapté par le GROUPE IMAGE) : La Casugraphie : le concept de « cas » selon R.N. Braun dans la gestion du risque en situation diagnostique « ouverte ». Groupe IMAGE -Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000

[27] BUDOWSKI M, comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine, REVUE EXERCER, n°75-142, 2005

[28] DE CHEFDEBIEN Marine, typologie de 1014 enfants, atteints de pathologies infectieuses aiguës, nés entre 1999 et 2001 et suivis pendant 10 ans par les médecins de l'Observatoire de Médecine Générale, Thèse : Médecine : Versailles : 2013.

[29] FRANC Carine, Etudes et résultats, la prise en charge des enfants en Médecine Générale : une typologie des consultations et visites ; DREES ; n°588 ; août 2007

[30] GRIOT E., les consultations d'enfants en Médecine Générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires. Disponible sur www.sfmfg.org

[31] JOUNNETAUD Sandrine, fièvre de l'enfant de trois mois à deux ans : inquiétude des parents et motivations pour une consultation aux urgences pédiatriques de l'hôpital mère-enfant de Limoges plutôt qu'en médecine de ville, Thèse : Médecine : Limoges : 2011

[32] AFSSAPS, dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France, juin 2011 disponible sur www.drees.sante.gouv.fr

[33] La prescription d'antibiotiques chez les généralistes : évolution 1992-2002, questions d'économie de la santé, N°87 ; décembre 2004

[34] Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France ; édition juillet 2012 ; disponible sur www.anism.sante.fr

[35] Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012 ; édition juin 2013 ; disponible sur www.anism.sante.fr

[36] ATTALI C. la REVUE DU PRATICIEN, infections respiratoires présumées virales, comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR, tome 17, N°601, février 2004

[37] DUHOT D., DUREL A., SANTANA P., HEBBRECHT G., les angines sont-elles en réalité si largement traitées par les antibiotiques ? Étude à partir de l'OMG en 2007. 4^e séminaire ADELFCROS de pharmaco-épidémiologie ; mai 2009

[38] AUBERT J.P. la revue du praticien, six outils pour réduire la prescription des antibiotiques ; tome 18 ; n°668-669 de novembre 2004

[39] KENEALY T, ARROLL B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD000247. DOI: 10.1002/14651858.CD000247.pub3

[40] GHEZ Adela, MARC Julien, analyse qualitative de la prescription différée d'antibiotiques par des médecins généralistes : étude dans les infections respiratoires hautes et basses (en dehors de la pneumopathie) de l'enfant de plus de deux ans et de l'adulte sain ; thèse : médecine : Grenoble : 2013

[41] MICHEL Cécile, faut-il prescrire les anti-inflammatoires non stéroïdiens à visée antipyrétique chez l'enfant ? Revue de la littérature en 2010/2011 ; Thèse : Médecine : Paris VII : 2011

[42] SENOUS PETITJEAN Latifa, analyse multifactorielle des consultations en Médecine Générale à Paris. Etude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients ; thèse : Médecine : Paris VI : 2000

[43] KECHICHIAN Jessica, recours à l'hospitalisation non programmée des enfants par les médecins généralistes participant au réseau sentinelles. Description des motifs et évolution au cours du temps ; Thèse : Médecine : Paris VII : 2012

[44] HONNORAT C. l'approche clinique en médecine Générale. Cours de sémiologie. Faculté de médecine de Rennes. 2008

[45] BURDET D. Enquête de satisfaction au sortir des consultations de médecine générale ; santé conjugée ; n°39 ; janvier 2007

[46] DREES, études et résultats, recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles ; n°625 ; février 2008

[47] DEDIANNE M.C., la revue du praticien, attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Etude qualitative par la méthode du focus group ; tome n°18 ; n°674-675 ; décembre 2004

[48] GAUTIER Arnaud, baromètre santé médecins généralistes 2009 disponible sur www.inpes.fr

[49] DREES, études et résultats, l'exercice de la médecine générale libérale ; n°610 ; novembre 2007

[50] DORY V., la revue EXERCER, la médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes ; volume 20 ; n°85 ; 2009

[51] BOUFERRACHE K, la revue PAEDIATRICA, le pédiatre et les dents des tout petits, volume 21, n°1, 2010

[52] RAMOS-JORGE Joana, la revue PEDIATRUCS, prospective longitudinal study of signs and symptoms associated with primary tooth eruption, volume 128, n°3, septembre 2011

[53] DENIS Benoite, la médecine populaire des poussées dentaires : approches biomédicale, anthropologique et psychanalytique ; thèse : Médecine : Angers : 2010

[54] LAHLOU A. annales de biologie clinique, penser au syndrome pied-main-bouche devant une éruption vésiculaire, volume 59, n°4, 485-6, juillet-aout 2001

[55] PUEL M.A, la revue le généraliste, l'effet médecin sur la fièvre de l'enfant, n°2609, juin 2012

[56] DAHAN Benjamin, évaluation de l'adéquation des enseignements proposés par le DES de médecine générale à paris VI avec les attentes des étudiants ; thèse : Médecine : paris VI : 2009.

[57] LETOURNEUR Antoine, KOLMY Valérie, burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France Métropolitaine ; thèse : Médecine : Grenoble : 2011

ANNEXES

Annexe 1 : Classement des 50 RC les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009 (tiré du site internet de L'OMG)

Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	324	19.34
2	ETAT FEBRILE	313	18.69
3	RHINOPHARYNGITE - RHUME	288	17.19
4	HTA	170	10.15
5	HYPERLIPIDÉMIE	141	8.42
6	VACCINATION	138	8.24
7	ETAT MORBIDE AFEBRILE	119	7.10
8	BRONCHITE AIGUË	113	6.75
9	ANXIETE - ANGOISSE	109	6.51
10	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	100	5.97

Classement des 50 RC les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009 (tiré du site internet de L'OMG)

Annexe 2 : Courrier de recrutement des médecins et internes

BONJOUR,

Je m'appelle Lamia KACI, actuellement interne en troisième année de DES de médecine générale, et mon directeur de thèse le Dr Robert SOURZAC et moi avons une [THESE](#) vous proposer car elle concerne des questions auxquelles vous serez très fréquemment amenés à vous poser en pratique.

Sujet de la thèse: **les états fébriles non caractéristiques en médecine générale**

Objectif: Analyser les pratiques des maitres de stage et des internes face à un état fébrile non caractéristique.

Justification de la thèse: situation très fréquente, peu étudiée et à laquelle l'interne est peu préparé.

Votre rôle:

1. Décrire 10 à 15 cas vous paraissant correspondre à la définition (cf argumentaire) à l'aide d'une grille de recueil (papier ou informatisée). Le temps évalué pour remplir cette grille est de **3 minutes environ**.
2. Proposer à votre maitre de stage de participer à ce recueil (pour 10 à 15 cas également)

Début du recueil: janvier 2013

Si vous êtes d'accord pour participer, merci de me renvoyer vos mails afin que je vous envoie les questionnaires (disponibles aussi sur google doc)

Merci d'avoir pris le temps de lire ce mail.

Annexe 3 : ARGUMENTAIRE

Les états fébriles représentent des résultats de consultations très fréquents en Médecine Générale. Cette situation fait appel à notre sens de l'analyse clinique et différentes hypothèses viennent à notre esprit notamment grâce à des connaissances acquises au cours du deuxième cycle des études médicales. Mais que savons-nous des états fébriles non caractéristiques qui sont encore plus fréquents ? Il existe peu d'études sur le sujet et cette situation ne fait pas directement partie des items enseignés lors du cursus universitaire. En effet, parmi les items de l'ECN, on retrouve le numéro 203 qui s'intitule « conduite à tenir devant une fièvre et abord diagnostique » qui définit la fièvre, sa physiopathologie et insiste surtout sur les pathologies potentiellement graves (choc septique, purpura fulminans...).

Or une meilleure connaissance des états fébriles non caractéristiques permettrait aux jeunes médecins et internes d'être plus à l'aise lors de la consultation, d'avoir des outils pour bien évaluer la situation et garder l'esprit ouvert pour l'hypothèse d'une évolution défavorable.

La fièvre se définit par une élévation de la température centrale supérieure à 38° C le matin et 38,3°C le soir (la prise de la température s'effectuant de préférence allongé après 20 minutes de repos et à distance d'un repas). La méthode de mesure de référence reste actuellement la thermométrie rectale bien qu'elle présente des inconvénients.

Beaucoup de symptômes non significatifs sont attribués de façon abusive à un tableau clinique bien caractéristique. L'exemple typique est le résultat de consultation « rhinopharyngite » employé très souvent dans la pratique courante. Mais quelle est la définition d'une rhinopharyngite ? Dans la littérature, on entend par rhinopharyngite, une atteinte inflammatoire du pharynx et des fosses nasales avec un tableau clinique associant de façon variable : rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, fièvre et toux. Mais tous les « nez qui coulent avec de la fièvre » sont-ils des rhinopharyngites ? Et qu'est-ce qu'un résultat de consultation ?

L'objectif principal de notre étude est donc d'analyser les pratiques des maîtres de stage et des internes face à un état fébrile ne pouvant être relié de manière certaine à un état pathologique caractérisé. L'objectif secondaire est de proposer une stratégie de prise en charge de ces états fébriles non caractéristiques en médecine générale.

Le recueil de données se fera au moyen d'un questionnaire (envoyé par courrier ou disponible sur Google docs). Il s'agit de prendre les 10 à 15 premiers cas d'états fébriles (température supérieure ou égale à 38 constatée par le patient ou le médecin) dont l'examen clinique n'a pas été contributif (pas d'orientation clinique franche en faveur d'une pathologie bien caractérisée) et d'indiquer les différents symptômes ressentis par le patient, si la consultation a abouti à la prescription de médicaments, si des examens complémentaires ou un avis spécialisé ont été demandés, si un « diagnostic » a été énoncé

(à la demande ou non du patient ou des parents ?) et si les maitres de stage et internes ont été satisfaits de leur prise en charge.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME ET MOTS CLEFS

RESUME

Introduction : Les *états fébriles non caractéristiques* constituent des résultats de consultation fréquents en Médecine Générale. Cette notion est peu enseignée. Notre objectif principal est d'analyser les pratiques des médecins et internes face aux *états fébriles non caractéristiques* et l'objectif secondaire de proposer des stratégies de prise en charge.

Matériel et Méthodes : Des questionnaires ont été envoyés à des médecins et internes. Ont été inclus les patients présentant une fièvre supérieure à 38°C pour qui un diagnostic ne pouvait être établi en toute certitude.

Résultats : Nous avons analysé 124 consultations. 27 dénominations différentes ont été utilisées. 10% des patients et 7% des médecins et internes se disent non satisfaits de leur prise en charge. 94% des actes se terminent par une prescription médicamenteuse (dont 10% d'antibiotiques), 13% d'examens complémentaires (21% si fièvre élevée) et 5% d'avis spécialisés (le double chez les enfants).

Discussion : Malgré la faiblesse représentative de notre échantillon, nous avons identifié des facteurs susceptibles de modifier la prise en charge des *états fébriles non caractéristiques*. Nous proposons des pistes afin d'en améliorer la prise en charge par les étudiants et les médecins.

Conclusion : Nous avons tenté de conceptualiser une notion que peu d'étudiants et médecins connaissent. L'apprentissage de *l'état fébrile non caractéristique* dans les formations médicales permet d'acquérir de nouvelles compétences utiles pour la pratique de la Médecine Générale.

MOTS CLEFS

Fièvre, incertitude diagnostique, Médecine Générale, antibiotiques, urgence et résultat de consultation.

ADRESSE DE L'UFR :

Université Paris V René Descartes

15 rue de l'école de Médecine 75270 PARIS CEDEX 06